

Proyecto POLICY

**John Stover
Alan Johnston**

**El Arte de Formular Políticas:
Experiencias de Africa en el Desarrollo
de Políticas Nacionales de VIH/SIDA**

Agosto 1999

POLICY es un proyecto de cinco años de duración financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, bajo Contrato No. CCP-C-00-95-00023-04. El proyecto está siendo implementado por The Futures Group International en colaboración con el Research Triangle Institute (RTI) y el Center for Development and Population Activities (CEDPA)

Proyecto POLICY

**John Stover
Alan Johnston**

**El Arte de Formular Políticas:
Experiencias de Africa en el Desarrollo
de Políticas Nacionales de VIH/SIDA**

Agosto 1999

Contenido

PREFACIO	iv
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	vii
ABREVIACIONES Y ACRÓNIMOS	x
INTRODUCCIÓN	1
EL PROCESO DE POLÍTICAS—MARCOS TEÓRICOS	2
EL PROCESO DE POLÍTICAS DEL VIH/SIDA—ESTUDIOS DE CASO	6
ETIOPÍA	6
GHANA	7
KENYA	8
MALAWI.....	10
SUDÁFRICA.....	12
TANZANIA	14
UGANDA.....	16
ZAMBIA	16
ZIMBABWE	19
ANÁLISIS COMPARATIVO DEL PROCESO DE POLÍTICAS	20
ASUNTOS CLAVE DE POLÍTICAS	29
CONCLUSIÓN	35
REFERENCIAS	37
ANEXO: BIBLIOGRAFÍA DE LOS MATERIALES DE RECURSO	38

Lista de Cuadros

CUADRO 1. PERSONAJES Y SUS FUNCIONES	4
CUADRO 2 . CRONOGRAMA DEL DESARROLLO DE POLÍTICAS DE VIH/SIDA AMPLIAS, 1982– 1999	22
CUADRO 3. PERSONAJES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE POLÍTICAS POR ETAPA	26
CUADRO 4. NECESIDADES DE INFORMACIÓN POR ETAPA DEL PROCESO DE POLÍTICAS.....	28

Lista de Gráficas

FIGURA 1. MODELO LINEAL DEL PROCESO DE POLÍTICAS	2
FIGURA 2. FASES DEL PROCESO DE POLÍTICAS	3
FIGURA 3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL ORIGINAL DEL PROGRAMA DE SIDA EN MALAWI. 11	
FIGURA 4. NUEVA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL PROGRAMA DE SIDA EN MALAWI.....	11
FIGURA 5. PROCESO PARA DESARROLLAR POLÍTICAS DE VIH/SIDA AMPLIAS.....	20

Prefacio

La meta del Proyecto POLICY es crear ambientes de política que brindan apoyo a los programas de planificación familiar y salud reproductiva, incluyendo el VIH/SIDA, a través de la promoción de un proceso de política participativo y de una política de población que responda a las necesidades del cliente. El proyecto cuenta con cuatro componentes—diálogo y formulación de políticas, participación, planeación y finanzas, e investigación—y está relacionado a asuntos de corte transversal como la salud reproductiva, VIH/SIDA, género, y relaciones intersectoriales.

El Proyecto POLICY es conducido por el Futures Group International en colaboración con el Research Triangle Institute y el Centre for Development and Population Activities. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) otorga la financiación de este proyecto bajo contrato No. CCP-C-00-95-00023-04.

Los Documentos Ocasionales del POLICY intentan promocionar el diálogo político sobre asuntos de planificación familiar y salud reproductiva y presentar análisis oportunos de cuestiones que brindarán información a los encargados de tomar decisiones políticas. Estos documentos se difunden a una variedad de audiencias políticas a nivel mundial, incluyendo a personas con poder de decisión de los sectores público y privado, asesores técnicos, investigadores, y representantes de organizaciones donantes.

En la página web del FUTURES se encuentra disponible una lista actualizada de las publicaciones del POLICY. Estos documentos se distribuyen sin costo alguno. Para obtener más información acerca del proyecto y de sus publicaciones, por favor contacte a:

Director, POLICY Project
The Futures Group International
1050 17th Street, NW, Suite 1000
Washington, DC 20036
Teléfono: (202) 775-9680
Fax: (202) 775-9694
E-mail: policyinfo@tfgi.com
Internet: <http://www.tfgi.com>

Agradecimientos

Mucha de la información contenida en este reporte se deriva de las presentaciones y documentos entregados en el taller de trabajo realizado en Ginebra el 27 de junio de 1998, poco antes de llevarse a cabo la 12ava Conferencia Mundial sobre el SIDA. El taller titulado “El Arte de Formular Políticas: Experiencias de Africa”, ofreció a los participantes una oportunidad para compartir sus experiencias en el proceso de políticas y comparar asuntos de política específicos. Asistieron al taller participantes de nueve países africanos de habla inglesa, representando a programas nacionales de control del SIDA, universidades, organizaciones de investigación, y organizaciones no gubernamentales (ONGs).

Como parte de la preparación de este taller, los consultores elaboraron estudios de caso detallando el proceso de políticas en cinco de los nueve países. Para el caso de cada país, los reportes tomaron como base entrevistas hechas a 20 - 30 individuos estrechamente involucrados en el desarrollo de la política nacional. Debido a que el principal interés para estos informes fue el proceso de políticas, algunos asuntos clave de implementación, como el de recursos y financiamiento, no han sido tratados por completo. En este informe se presenta una síntesis de los estudios de caso de los países que se indican a continuación, junto con información sobre el proceso de políticas obtenida en el taller a partir de los otros cuatro países.

- *AIDS Policy Environment and Formulation Process in Ethiopia* por Dr. Fisseha Haile Meskal y Negussie Y. Ayele, Addis Ababa, Junio 1998.
- *Report on the Policy Process Involved in the Development and Adoption of the National AIDS Policy Paper (Documento de Sesión No. 4 de 1997 sobre SIDA en Kenya)* por Ambrose Rachier, Advocate, High Court of Kenya, Nairobi, Junio 1998.
- *The AIDS Policy Process in South Africa* por Helen Schneider, Center for Health Policy, University of Witwatersrand, Johannesburg, Junio 1998.
- *The Formulation of the National AIDS Policy in Tanzania (Mainland)* por E.P.Y. Muhondwa y D.B. Gasarasi, Institute of Public Health, Muhimbili University College of Health Sciences, Dar es Salaam, Junio 1998.
- *The HIV/AIDS Policy Development Process in Zambia* por James Kayanda Sulwe, JKS y Asociados, Lusaka, Junio 1998.

Los autores desean expresar su agradecimiento por la información proporcionada por los equipos de cada país durante el taller:

- Etiopía — Dr. Elias Kassa, Ministerio de Salud; Sr. Eshete Yilma, Ministerio de Desarrollo Económico y Cooperación
- Ghana — Dr. Phyllis Antwi, Universidad de Ghana; Dr. Kwaku Yeboah, Programa Nacional para el Control del SIDA
- Kenya — Sra. Neen Alrutz, USAID/Nairobi; Dr. Bilha O.N. Hagembe y Sr. Meshack Ndolo, Programa Nacional para el Control del SIDA y ETSs
- Malawi — Sra. Rosemary Chinyama, Programa Nacional para el Control del SIDA; Dr. Owen Kalua, Secretaría Nacional del SIDA
- Sudáfrica — Dr. Helen Schneider, Centro para Políticas de Salud, Universidad de Witwatersrand; Sra. Rose Smart, Departamento de Salud; Sra. Ann Strode, Abogados para los Derechos Humanos
- Tanzania — Dr. Ronald Swai, Programa Nacional para el Control del SIDA
- Uganda — Dr. Nathan Bakayita, Dr. Elizabeth Madraa, y Sra. Vasta Kibirige, Programa para el Control del SIDA/ETSs
- Zambia — Sra. Elizabeth Mataka, Family Health Trust

- Zimbawe — Sra. Ruth Gumbie, Sr. Kambarami, y Sra. Sunday Manyenya, Programa Nacional para el Control del SIDA; Prof. Norman Nyazema, University Medical School

También queremos agradecer a USAID por el financiamiento de este taller a través del Proyecto POLICY. Finalmente, expresamos nuestro reconocimiento a las personas que revisaron los borradores de este informe. Entre ellas Kokila Agarwal, Thomas Goliber, Karen Hardee, y Nancy McGirr del Proyecto POLICY y Clifton Cortez, Barbara Crane, Bessie Lee, y Elizabeth Schoenecker de USAID. Los puntos de vista expresados en este documento, sin embargo, no reflejan necesariamente los de USAID.

Resumen

El SIDA ha sido uno de los mayores retos para las sociedades africanas durante las dos últimas décadas. Los gobiernos en toda la región han luchado por desarrollar políticas y programas efectivos para tratar la epidemia. Cada país ha empleado un enfoque único para el desarrollo de políticas: los resultados son igualmente diversos. El propósito de este informe es describir algunas de las experiencias de cada país y resaltar las áreas similares y diferentes así como los principales problemas tratados por los países africanos de habla inglesa. Esperamos que las experiencias que se detallan en este documento sean útiles en los futuros esfuerzos para el desarrollo de políticas.

El presente informe contiene estudios de caso del proceso de políticas de nueve países africanos de habla inglesa. Existen muchas diferencias y similitudes en los enfoques que se han utilizado y en los resultados obtenidos. La información ha sido filtrada en un marco que captura los elementos claves del proceso de formulación de políticas. A continuación, ofrecemos una breve descripción de los principales componentes de este marco:

- **Identificación del problema y reconocimiento de la necesidad.** En su respuesta a la epidemia del SIDA, los países han pasado por varias etapas entre las que se incluyen respuestas médicas, respuestas de salud pública, y la respuesta multisectorial, la prevención y tratamiento enfocados. Durante las primeras etapas, los países vieron poca necesidad de una política de SIDA amplia. Sin embargo, la necesidad de una respuesta política creció a medida que los países adoptaron enfoques multisectoriales para la epidemia y surgieron los amplios impactos del SIDA en los derechos humanos, el crecimiento económico, la sociedad, y en las familias.
- **Colección de información.** Una vez tomada la decisión de desarrollar una política, por lo general el siguiente paso es obtener la opinión de expertos—a través de informes de consultoría, entrevistas, o talleres.
- **Preparación del borrador.** Por lo general, la preparación del borrador es tarea de pequeños comités de trabajo. Algunos países prepararon borradores de políticas con rapidez y con una mínima participación externa, mientras que otros se apoyaron en una cantidad de comités que buscaron datos y consenso a partir de un rango de intereses.
- **Revisión.** En algunos casos, las políticas en borrador fueron debatidas ampliamente y revisadas por miles de personas como resultado de reuniones regionales especiales y esfuerzos de difusión. En otros casos, se requirió de poca revisión externa. En consecuencia, las políticas se desvanecían, sin defensores que presionen por una revisión y aprobación.
- **Aprobación.** Las políticas nacionales de SIDA han sido aprobadas en uno de los tres niveles: el ministerio de salud, el consejo de ministros, o el Parlamento.
- **Implementación.** Se han implementado algunas políticas a través de planes operacionales o estratégicos o mediante el establecimiento de comités para desarrollar guías operacionales. En muchos casos, los elementos de la política pueden implementarse aún antes de que ésta sea adoptada en su totalidad. Los grupos de interés pueden ser motivados a ponerse a la cabeza en la difusión e implementación de algunas partes de la política que sean de particular interés para ellos. La mayoría de políticas contienen algunos componentes que pueden ser implementados de forma inmediata a través de acciones administrativas; otros componentes requieren de esfuerzos para desarrollar una legislación específica y para obtener financiamiento.

La política de cada país trata un gran número de asuntos específicos. A pesar de las varias diferencias culturales, sociales y legales entre los países que forman parte de este estudio, los asuntos que rodean los temas claves de políticas muestran muchas similitudes. Los siguientes temas figuran entre aquellos que fueron más difíciles de resolver:

- **Consejería y prueba de VIH.** ¿Podría el gobierno subsidiar programas de consejería voluntaria y pruebas de descarte dentro de su programa nacional de SIDA?
- **Pruebas de descarte previo al empleo.** ¿Debería permitirse a los empleados que realicen una prueba de descarte antes de ingresar al empleo para proteger sus inversiones de recurso humano? Tales pruebas por lo general violan los derechos a ganarse la vida sin discriminación.
- **Huérfanos.** ¿Deberían los programas especiales estar dirigidos a huérfanos por causa del SIDA para ayudarlos a mantenerse en la escuela y a recibir alimentación apropiada, ropa y cuidados, o tales programas incrementarían la estigmatización? ¿Deberían los huérfanos del SIDA recibir los beneficios que no se disponen para otros huérfanos?
- **Educación sobre el SIDA en las escuelas.** ¿Hasta qué punto debe enseñar el sistema de educación a los niños acerca del VIH y las formas de protegerse a sí mismos?
- **Publicidad del condón.** ¿Debería permitirse la publicidad de condones en las radios, televisión y periódicos?
- **Uso obligatorio del condón en burdeles.** ¿Puede el gobierno pedir el uso de condones en prácticas de sexo comercial cuando éste es ilegal?
- **Distribución de condones en las prisiones.** ¿Debería al gobierno distribuir condones en las prisiones si el comportamiento homosexual es considerado ilegal?
- **Transmisión premeditada del VIH.** ¿Debería penalizarse la transmisión deliberada o haría desistir a las personas de buscar una prueba de descarte?
- **VIH y aborto.** ¿La infección del VIH debería ser considerada suficiente motivo para realizar un aborto?

En algunos momentos, cuando fue difícil llegar a un consenso, los formuladores de políticas simplemente eliminaron los asuntos de la consideración política. Por ejemplo, la mayoría de políticas no tratan la transmisión deliberada del VIH. En otros casos, un fraseo vago se refiere al asunto para ser tratado en la política nacional, dejando que la interpretación del significado exacto se haga a través de las guías de implementación.

A continuación, se presenta un resumen de las lecciones claves que surgieron a partir de los estudios de caso.

- La identificación del SIDA como un problema no se traduce en el reconocimiento de la necesidad de una política de SIDA amplia. La necesidad de ella puede empezar a surgir sólo cuando la epidemia empiece a ser tan severa que una gran parte de la población se vea afectada o cuando los esfuerzos de defensa y promoción de los grupos específicos convengan a quienes toman decisiones de la importancia de una respuesta política.
- Existen muchos enfoques para preparar los borradores y revisarlos. Algunos países se basan en un alto nivel de participación. Aunque una mayor participación prolonga el tiempo que se requiere para la preparación del borrador y la revisión, da impulso a la política y por lo general acorta el tiempo que se requiere para la aprobación. Como resultado, los enfoques con alta participación podrían realmente requerir de menos tiempo para el desarrollo de políticas que las políticas preparadas rápidamente por un grupo pequeño de expertos que luego luchan por años para obtener la aprobación. Los procesos más participativos han dado como resultado las más amplias políticas que cubren un vasto rango de asuntos claves. Se espera que tales políticas prueben ser las más efectivas, pero el producto queda aún por ser demostrado.
- Una vez aprobadas, las políticas pueden implementarse de varias maneras. Algunos aspectos de una política (como la aprobación para la publicidad del condón) pueden implementarse directamente, en algunos casos aún antes de estar formalmente aprobada. Otros asuntos de política pueden

implementarse sólo con autorización de legislación, con el desarrollo de guías, o como parte de un plan estratégico. Los países podrían carecer de recursos para implementar todas las facetas de una política de una sola vez. Los grupos de interés podrían necesitar tomar la delantera en defender y promover la implementación de partes específicas de la política que más les interese.

Abreviaciones y Acrónimos

ANC	Congreso Nacional Africano
AZT	Zidovudine
DANIDA	Agencia para el Desarrollo Internacional Danesa
DFID	Departamento para el Desarrollo Internacional
KANCO	Consorsio Keniano de ONGs sobre SIDA
MINSA	Ministerio de Salud
NA	No aplicable
NACP	Programa Nacional para el Control del SIDA
NACOSA	Convención Nacional Sudafricana de SIDA
NASTLP	Programa Nacional de SIDA/ETS/TB y Lepra
NU	Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
PBI	Producto Bruto Interno
PC	Persona Clave
PCV	Pruebas y Consejería Voluntaria
PLWHA	Personas que viven con el VIH y el SIDA
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SIDA	Organización Internacional Sueca del SIDA
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
TASO	Organización de Apoyo al SIDA (Uganda)
UNSIDA	Organización de las Naciones Unidas para el SIDA
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmuno Deficiencia Humana

El Arte de Formular Políticas: Experiencias de Africa en el Desarrollo de Políticas Nacionales de VIH/SIDA

Introducción

La epidemia del SIDA se ha convertido rápidamente en uno de los problemas de salud y desarrollo más serios que enfrenta el mundo hoy en día. En la mayoría de los países, los esfuerzos para combatir el SIDA han sido muy pocos y tardíos. Actualmente, existen cerca de 30 millones de personas infectadas con el VIH, el virus que causa el SIDA. Más del 80 por ciento de muertes a consecuencia del SIDA han ocurrido en Africa. En 1998, esta enfermedad fue la causante de cerca de 2 millones de muertes.

Se torna crucial la necesidad de un ambiente político que brinde apoyo para la implementación de programas exitosos que prevengan la propagación del VIH, para atención a aquellos infectados, y para mitigar los impactos de la epidemia. Es esencial un ambiente político apropiado en apoyo de los esfuerzos para asegurar que los derechos humanos sean respetados y eliminar la estigmatización y discriminación asociada con el VIH/SIDA.

Las políticas nacionales y subnacionales, las guías y los planes son necesarios para guiar la implementación efectiva de iniciativas de prevención y atención del VIH. Al mismo tiempo, los recursos financieros y de otro tipo deben ser destinados a construir la capacidad de responder a la epidemia. Recientemente, algunos países en Africa han desarrollado políticas nacionales de VIH/SIDA amplias; otros están en el proceso de desarrollarlas. Algunos se basan en una serie de declaraciones políticas diversas en vez de en una sola política amplia para guiar su programa.

Este documento describe la experiencia de nueve países africanos con relación a la formulación de políticas y discute tanto el contenido como el proceso de la formulación de políticas acerca del VIH/SIDA. Las experiencias del país deberían ser útiles para la comprensión y promoción de una posterior reforma de políticas en estos y otros países de Africa y de cualquier lugar.

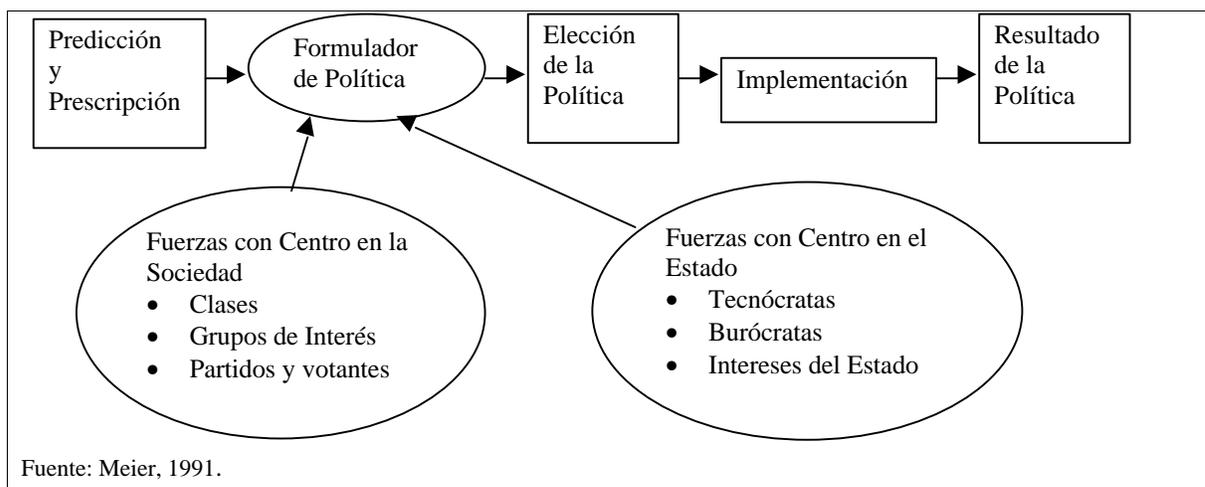
El Proceso de Políticas—Marcos Teóricos

El proceso de desarrollo, aprobación, e implementación de políticas acerca del VIH/SIDA difiere en cada país y en cada punto a tratar. Sin embargo, algunos procesos fundamentales son comunes en la mayoría de los esfuerzos. La mejor comprensión de estos procesos puede mejorar los esfuerzos facilitando el desarrollo de políticas y obteniendo mejores resultados. Esta sección revisa brevemente la literatura que describe el proceso general del desarrollo de políticas. El anexo presenta una bibliografía de recursos sobre este proceso.

La literatura propone varios marcos teóricos para describir el proceso. Aunque ningún marco requiere describirlo en su totalidad para todos los casos, la mayoría de ellos trata de proporcionar descripciones útiles sobre algunos de sus aspectos.

Lasswell (1951) fue pionero en el trabajo sobre las etapas del proceso de políticas. En cambio, Meier (1991) se basó en estas etapas para elaborar un marco que describe los principales pasos del proceso de desarrollo de políticas y algunas de las fuerzas que actúan en personas con poder de decisión. La Figura 1 presenta este marco.

Figura 1. Modelo Lineal del Proceso de Políticas



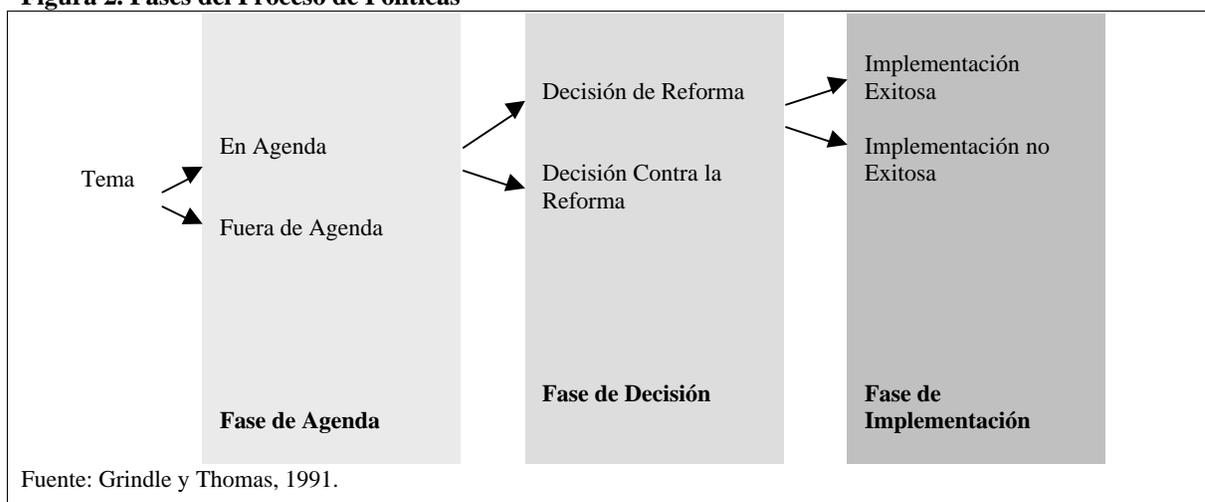
El marco de Meier describe cinco pasos principales en el desarrollo de políticas:

- **Predicción y prescripción.** El proceso se inicia cuando se reconoce un problema, se hacen predicciones de que no se resolverá de forma natural, y se proponen una o más soluciones.
- **Formulador de Políticas.** El punto de interés varía para el formulador de políticas, que es responsable de diseñar políticas en respuesta a los problemas potenciales. El formulador con frecuencia es influenciado por grupos de interesados de dentro del gobierno y fuera de él.
- **Elección de la Política.** Después de considerar las alternativas, el formulador de políticas decide la política apropiada.
- **Implementación.** Una vez tomada la decisión sobre la política, ésta es implementada.
- **Resultado de la Política.** En el paso final, se logra el resultado deseado.

El marco muestra que el proceso de política se inicia con el reconocimiento de un problema que necesita ser resuelto. También muestra que varios grupos de interés intentan influenciar la decisión política. El marco es útil en separar claramente la elección política de la implementación y resultado de política. El carácter lineal del marco hace que los diferentes pasos parezcan sencillos. Sin embargo, en la práctica real, el proceso raramente avanza de una manera prescrita. En lo mínimo, el marco carece de una fase de evaluación que pueda iniciar el proceso nuevamente si el resultado de política deseado no se logra. Además, la influencia de los grupos de interés se muestra sólo durante la etapa donde se consideran elecciones de política alternativas. En realidad, los grupos de interés por lo general son importantes también en otras etapas, particularmente durante la implementación.

Grindle y Thomas (1991) desarrollaron un marco diferente (Figura 2) que incluye dos características útiles. Primero, muestran una fase de agenda cuando se considera un asunto particular para inclusión en la agenda de política. El proceso de desarrollo de políticas no empieza hasta que los formuladores son convencidos de que el asunto es lo suficientemente importante para que ellos inviertan tiempo en considerarlo. Segundo, Grindle y Thomas mostraron que los procesos pueden interrumpirse en cualquier etapa y no inevitablemente conducen a la implementación. El asunto puede nunca ser considerado en la agenda política. Más aún, una vez que está en agenda, los formuladores podrían decidir no hacer nada sobre él. Y una vez formulada la política, ésta puede o no ser implementada. El marco indica que se podrían requerir de continuos esfuerzos para saber que el proceso avanza hacia la conclusión deseada.

Figura 2. Fases del Proceso de Políticas



Porter (1995), basándose en el trabajo de Kingdon (1984), desarrolló una visión completamente distinta del proceso de políticas la cual se centra en la necesidad de juntar simultáneamente muchos elementos si es que la acción política va a tener lugar. Este marco describe tres procesos diferentes que ocurren casi independientemente uno de otro: se identifican y describen los problemas; se proponen las soluciones que podrían o no tratar los problemas existentes; y las oportunidades políticas para tratar los problemas aparecen y desaparecen. La acción se logra sólo cuando los tres procesos se reúnen en un mismo tiempo. El marco de Porter muestra que los problemas y soluciones necesitan ser vinculados. El punto más importante señala que podría requerirse el esfuerzo continuo para elevar el tema a atención de los formuladores de políticas a fin de mantenerlo latente hasta que aparezca la oportunidad política. Mantener el tema vivo con frecuencia es función del "defensor" de políticas, un miembro de la elite política comprometido con una defensa y promoción continua entre los pares y luego, una vez que surge la oportunidad, se ocupa del tema a través de proceso.

Walt y Wilson (1994) y otros han considerado los muchos personajes involucrados en el proceso de política y los distintos papeles que desempeñan. El Cuadro 1 muestra cinco de estos grupos claves.

Cuadro 1. Personajes y sus Funciones

Personajes	Funciones
Tecnócratas	Conocimiento
Burócratas	Instituciones
Grupos de Interés	Representación
Políticos	Poder
Donantes	Influencia

Fuente: Walt y Gilson, 1994.

- Entre los tecnócratas se incluyen a científicos, académicos, profesionales de la salud pública, y otros expertos que proporcionan información para identificar la extensión y naturaleza del problema así como los análisis técnicos de sus causas y soluciones. Los tecnócratas están interesados en buscar soluciones a los problemas de la sociedad y en generar interés y financiamiento para apoyar la investigación futura.
- Los burócratas proporcionan conocimiento de las instituciones del gobierno, incluyendo la forma cómo las instituciones pueden tratar el tema en corto tiempo. Están interesados en usar la estructura del gobierno de la mejor manera que encaje para tratar los asuntos y con frecuencia buscan mantener o expandir la burocracia actual.
- Los grupos de interés se forman por lo general para representar las preocupaciones de grupos particulares de personas (por ejemplo, personas que viven con VIH/SIDA, grupos religiosos, médicos, y padres). Buscan asegurar que los intereses del grupo sean escuchados y considerados en las decisiones políticas.
- Los políticos son usualmente los últimos tomadores de decisión. Algunos buscan poder para ayudar a resolver los problemas de la sociedad mientras que otros pueden estar interesados en obtener o retener el poder.
- Los donantes con frecuencia desempeñan un papel importante en la formulación e implementación de políticas. Ellos pueden apoyar el proceso con fondos y asistencia técnica, proporcionar recomendaciones y guías internacionales, y tienen significativa influencia en la implementación a través de sus decisiones de financiamiento.

Los expertos en políticas también han descrito varias características del proceso de políticas que puede influenciar en la formulación. El anexo contiene extensa bibliografía de las publicaciones sobre el tema y los esfuerzos para estimular la reforma de políticas. Entre otros conceptos en la literatura que relaciona a los estudios de caso presentados en este informe están

- **Historia/precedentes.** La experiencia y precedentes con frecuencia guían el enfoque al desarrollo de políticas y, en algún punto, probablemente hacia sus resultados.
- **Estructuras institucionales.** Las estructuras existentes pueden tener una poderosa influencia en el proceso de política afectando a las instituciones que tomen la cabeza en asuntos particulares, el nivel de involucramiento y comunicación entre los formuladores de políticas y expertos técnicos, el papel que desempeñan los grupos de interés y los grupos comunitarios, el balance de poder entre intereses nacionales y regionales, y el papel que juega la burocracia.
- **Cultura.** La cultura puede determinar qué políticas y programas son factibles así como la naturaleza del proceso (por ejemplo, confrontación, búsqueda de consenso).
- **Tiempo.** Si el asunto es visto como una crisis que requiere inmediata acción, los formuladores de políticas pueden ser capaces de desarrollar nuevas estructuras y experimentar con enfoques

ingeniosos. Si el asunto se trata como "cosa usual", entonces es más probable que la burocracia tenga que lidiar con ella en formas tradicionales.

Cada uno de estos puntos explica parte del proceso de política y puede ayudar a interpretar las acciones y resultados a la vez que proporciona una guía a quienes desean facilitar el proceso o dirigirlo de ciertas formas.

El Proceso de Políticas del VIH/SIDA—Estudios de Caso

Esta sección revisa la experiencia de nueve países africanos en el desarrollo de políticas nacionales de VIH/SIDA. Proporciona detalles de los enfoques usados por los países y discute algunos obstáculos principales y soluciones para ellos.

Etiopía

En 1985, un año antes del diagnóstico del primer caso de SIDA en ese país, el gobierno de Etiopía respondió a una epidemia potencial de SIDA formando una comisión nacional para la prevención y control de la infección de VIH y SIDA. La comisión emitió la primera estrategia de control del SIDA a finales de 1985. En 1987, Etiopía desarrolló planes a mediano y corto plazo de acuerdo con las guías del Programa Global de SIDA. En Setiembre de 1987, el gobierno estableció un Departamento de VIH/SIDA dentro del Ministerio de Salud (MINSa). En 1991, este Departamento desarrolló el Segundo Plan de Mediano Plazo.

Perfil de Etiopía (1997)

Indicador	Valor
Tamaño de la población	60.1 millones
PBI per capita	\$110
Esperanza de vida	50 años
Tasa de mortalidad infantil	109
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	177
Población por debajo de la línea de pobreza	NA
Prevalencia de VIH en adultos (15–49)	9.3%
Número de infectados con VIH (todas las edades)	2.6 millones

Fuentes: Banco Mundial, 1999; UNSIDA, 1998.

Una importante característica del enfoque de Etiopía para combatir la epidemia del SIDA ha sido su énfasis en la colaboración internacional, regional e intersectorial así como la estrecha colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y otras agencias internacionales. La colaboración intersectorial con ministerios claves del gobierno, organizaciones comunitarias, y ONGs marcaron las etapas tempranas del desarrollo de políticas.

En Agosto de 1989, el Ministerio de Salud preparó un borrador de la declaración de políticas con cuatro puntos sobre la prevención del SIDA. En la medida que la evidencia epidemiológica de base indicaba un empeoramiento de la epidemia, empezaba a ser evidente la necesidad de una política nacional sólida y clara respaldada por medidas legales. Fue en este contexto que el ministro de salud reunió a un Comité para la Preparación del Borrador de Políticas sobre VIH/SIDA que estuvo compuesto por 13 miembros. El ministro dirigió el comité a fin de que elaborara el borrador de una política nacional amplia para posterior aprobación. A su vez, el comité comisionó a un consultor para que preparara el documento de antecedentes haciendo una síntesis de la literatura y los documentos existentes sobre políticas de Etiopía.

En 1991, el Comité para la Preparación de Borrador produjo el primer documento de la política nacional y lo hizo llegar a la Comisión de Políticas del Ministerio de Salud (comisión permanente encargada de revisar todas las políticas). La Comisión de Políticas discutió el documento preliminar en su totalidad y retornó sugerencias y comentarios para mejoras. Entre 1992 y 1993, el Comité Técnico Asesor (compuesto por vice ministros de todos los ministerios sectoriales) lo sometió a varias rondas de revisión intersectorial. El Comité Técnico Asesor fue el encargado de preparar la versión final para presentación ante el Consejo de Ministros.

Entre 1993 y 1996, se experimentó poco progreso sobre las políticas, principalmente debido a que el gobierno etíopiano estaba comprometido en la significativa descentralización de muchas de sus actividades, incluyendo la de salud. Antes de la descentralización, el Programa de Control del SIDA empleó a 70 personas en la oficina nacional en Addis Ababa, pero hasta 1996 sólo tres permanecieron debido a que la mayoría de funciones del departamento central fueron cambiadas a las oficinas regionales de salud. A mediados de 1996, el MINSA revivió el esfuerzo de preparar la política nacional. El taller realizado en Addis Ababa en marzo de 1997 para revisar y modificar el documento preliminar, reunió a expertos de los ministerios relevantes del gobierno así como a algunas ONGs y representantes de agencia de las Naciones Unidas. En abril de 1997, representantes regionales discutieron el nuevo borrador y lo revisaron correspondientemente.

En junio de 1997, el Comité encargado de Preparar el Borrador de la Política discutió un nuevo documento haciéndolo llegar posteriormente al vice ministro. A fines de 1997, la política fue enviada a la Oficina del Primer Ministro para obtener el respaldo del Consejo de Ministros. El Comité Legal del Consejo de Ministros revisó el borrador y trabajó con el MINSA para resolver los asuntos legales. El Consejo de Ministros dio la aprobación final a la política el 14 de agosto de 1998.

En Etiopía, varias características únicas distinguen el proceso de desarrollo de políticas sobre SIDA. Las primeras declaraciones y planes de política se desarrollaron antes del diagnóstico del primer caso. La temprana respuesta fue probablemente función de los esfuerzos del Programa Global sobre SIDA y el reconocimiento de parte de los científicos etíopianos, funcionarios de la salud pública, y funcionarios de gobierno de que el SIDA era un problema potencialmente importante. Incluso, Etiopía empezó antes (1989) que la mayoría de países a desarrollar una política nacional amplia. Por último, el proceso tomó mucho más tiempo para completarse que en otros países debido a la interrupción originada por la descentralización. El proceso etíopiano se caracterizó por realizar gran número de rondas de revisión interna de parte del gobierno, involucrando relativamente a poca gente y casi sin participación de interesados ajenos al gobierno.

Ghana

En 1987, Ghana estableció guías médicas para tratar y prevenir el SIDA. En 1994, los participantes de un taller nacional identificaron la necesidad de una política nacional de SIDA amplia. Al mismo tiempo, una revisión de los cumplimientos del Plan de Mediano Plazo para el SIDA señaló la necesidad de una política amplia para apoyar los esfuerzos de prevención y atención. Por 1996, los especialistas de salud pública y los funcionarios del gobierno acordaron que se conocía lo suficiente sobre la epidemia para desarrollar una política amplia. Se encargó a dos consultores que desarrollaran el primer borrador de la política. Ellos condujeron entrevistas a informantes claves con funcionarios de salud, personas que viven con el VIH y el SIDA (PLWHA), representantes de ONGs, expertos legales, y otros. También revisaron los documentos de política de otros países y las recomendaciones de varias organizaciones de las NU y conferencias internacionales. Los consultores identificaron los siguientes seis temas como secciones claves de la política:

Perfil de Ghana (1997)

Indicador	Valor
Tamaño de la población	18 millones
PBI per capita	\$370
Esperanza de vida	59 años
Tasa de mortalidad infantil	71
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	110
Población por debajo de la línea de pobreza (1992)	31%
Prevalencia de VIH en adultos (15–49)	2.4%
Número de infectados con VIH (todas las edades)	210,000

Fuentes: Banco Mundial, 1999; UNSIDA, 1998.

- prueba de descarte;
- atención;
- información, educación, y comunicación;
- condones
- juventud;
- mujeres;
- financiamiento; e
- investigación.

El MINSA y otros funcionarios gubernamentales y no gubernamentales revisaron el primer borrador de la política preparado por los consultores. El gobierno decidió que la política no era lo suficientemente amplia y no llamaba a la adecuada participación de las personas ajenas al sector salud. Como resultado, el Programa de Control del SIDA emprendió un nuevo esfuerzo que se inició con un taller realizado en Junio de 1999 para revisar el contenido de la política preliminar y compararlo con políticas preparadas por otros países y recomendadas por otras conferencias internacionales. Los participantes del taller identificaron varios nuevos aspectos y establecieron comités encargados de elaborar el documento borrador para preparar un nuevo documento. El borrador completo será revisado por los miembros de la sociedad civil en varias reuniones regionales durante 1999. La política revisada será sometida al consejo de ministros para revisión y aprobación y luego al Parlamento para la aprobación final.

El proceso de políticas en Ghana originalmente consideró poca participación externa al MINSA. Una revisión del borrador de la política y de las discusiones con otros países acerca de sus procesos de desarrollo de políticas convencieron al Programa de Control del SIDA de que el documento preliminar podría fortalecerse ampliando la participación en el proceso de preparación y de revisión. El nuevo esfuerzo requerirá más tiempo para el desarrollo del borrador de la política, pero es probable que haga que el proceso de aprobación transcurra más fluida y rápidamente.

Kenya

El primer caso de SIDA en Kenya fue diagnosticado en 1984. En 1985, el gobierno estableció la Comisión Nacional del SIDA para asesorar al MINSA sobre asuntos relacionados al control del VIH/SIDA. En 1986, el MINSA formuló declaraciones de política y guías sobre el suministro de sangre segura. El Primer Plan de Mediano Plazo se desarrolló en 1987. Debido a que el gobierno consideró el SIDA inicialmente como un asunto de salud, no vio la necesidad de una política amplia.

Perfil de Kenya (1997)	
Indicador	Valor
Tamaño de la población	28 millones
PBI per capita	\$330
Esperanza de vida	59 años
Tasa de mortalidad infantil	57
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	90
Población por debajo de la línea de pobreza (1992)	42%
Prevalencia de VIH en adultos (15-49)	11.6%
Número de infectados con VIH (todas las edades)	1.6 millones

Fuentes: Banco Mundial, 1999; UNSIDA, 1998.

Una revisión dirigida por el gobierno en 1991 sobre el cumplimiento del Primer Plan de Mediano Plazo encontró a funcionarios de gobierno y donantes seriamente preocupados por la falta de una política nacional y guías claras sobre el VIH/SIDA. El Programa Nacional de Control del SIDA y el Consorcio Keniano de ONGs sobre SIDA (KANCO) hicieron esfuerzos para aumentar el entendimiento de funcionarios de alto nivel sobre la seriedad de la epidemia y su naturaleza multisectorial. El Ministerio de Planificación y Desarrollo Nacional inició esfuerzos para integrar el VIH/SIDA a los esfuerzos nacionales

de planificación. El primer documento importante de políticas que trató el SIDA fue el 7^{mo} Plan Nacional de Desarrollo, emitido en 1994. El capítulo sobre el SIDA señaló que la prevalencia de VIH se incrementaba a paso ligero, que el VIH/SIDA estaba consumiendo una parte creciente de gastos recurrentes de salud, y que las ganancias en la reducción de la supervivencia infantil y de la niñez estaban siendo revertidas. Tomando como base estas observaciones, el gobierno encontró necesario tratar el punto de una política nacional de VIH/SIDA. En 1994, el consejo de ministros redactó un memorándum al MINSA haciendo un llamado para su formulación. La política iba a ser desarrollada en forma de documento de una sesión sobre el SIDA.

El MINSA estableció una Comisión de Trabajo con representación de ellos, de la Oficina del Presidente, y del Ministerio de Planificación y Desarrollo nacional, encargándole el inicio del desarrollo de política. En 1995, la Comisión de Trabajo estableció el Comité Directivo para guiar el proceso de política bajo la presidencia de la secretaria permanente del MINSA. El Comité Directivo estuvo compuesto por una amplitud de miembros e incluyó a representantes de las siguientes organizaciones:

- Ministerio de Salud;
- Oficina del Presidente;
- Departamento de Defensa;
- Ministerio de Información y Difusión;
- Ministerio de Trabajo y Desarrollo de Recursos Humanos;
- Ministerio de Cultura y Servicios Sociales;
- Ministerio de Educación;
- Ministerio de Finanzas;
- Ministerio de Turismo y Fauna;
- Ministerio de Investigación, Ciencias y Tecnología;
- Despacho del Ministro de Justicia;
- Ministerio del Gobierno Local;
- Ministerio de Planeación y Desarrollo Nacional;
- Oficina Central de Estadística;
- Comisión Nacional del SIDA;
- Instituto de Investigación Médica de Kenya;
- Instituto de Estudios de Población e Investigación; y
- Universidad de Nairobi.

Puntos Claves en el Debate Político sobre el SIDA en Kenya

- En ausencia de una cura para el SIDA, existía una necesidad de centrarse en la prevención.
- Medidas fueron necesarias para mitigar el impacto del SIDA en individuos, comunidades, y en la nación.
- La consejería y atención de las personas que viven con VIH/SIDA necesitaban mejorarse.
- Los derechos humanos y los asuntos éticos fueron vistos como importante para los esfuerzos de prevención y para asegurar la dignidad de la PLWHA.
- La pobreza fue vista como factor clave en la propagación del VIH.
- Las prácticas culturales se identificaron como principales molestias para la prevención.
- Enfrentamiento entre las necesidades de salud pública y los derechos individuales.

El MINSA confirió al Comité Directivo la responsabilidad de proporcionar una guía general para el desarrollo de políticas, aprobar presupuestos, revisar documentos borradores, y obtener retroalimentación del público. Estableció una secretaría compuesta por seis personas para proporcionar apoyo al Comité Directivo.

En 1995, el Comité Directivo organizó nueve subcomités técnicos que cubrirían las siguientes áreas:

- epidemiología y atención a la salud;
- establecimiento del Consejo Nacional de SIDA;
- impacto económico;
- dimensiones psico-socioculturales;
- preocupaciones legales y éticas;

- mujeres y niños;
- jóvenes;
- estrategias e intervenciones; y
- políticas.

Los subcomités técnicos fueron los encargados de buscar información de expertos y de hacer un bosquejo del documento de la sesión. Los subcomités trabajaron intensamente durante los meses de mayo y junio de 1995 para desarrollar un borrador inicial de sus secciones para la presentación al Comité Directivo. De julio a setiembre de 1995 fue un período de difusión pública y debate. Se realizaron talleres técnicos y foros públicos en cada una de las ocho provincias de Kenya, así como en muchos distritos. Los donantes, ONGs, empleados, sindicatos, organizaciones de seguro, abogados, éticistas, médicos, investigadores, sociólogos, expertos en población, epidemiólogos, antropólogos, economistas, periodistas, educadores, líderes religiosos, funcionarios civiles, políticos, funcionarios de salud pública, y expertos en género, todos proporcionaron información. El Comité Directivo revisó el borrador sobre la base de la información recolectada desde julio hasta setiembre. Luego estableció un comité editor para consolidar las diversas piezas en el borrador final y discutir y aprobar el documento final a principios de 1996.

El Consejo de Ministros aprobó el Documento de la Sesión en diciembre de 1996. El Parlamento presentó el documento en junio de 1996 y subsecuentemente lo adoptó en setiembre como *Documento de Sesión No. 4 de 1997 sobre SIDA en Kenya*.

La adopción de las políticas ha beneficiado claramente la planeación e implementación del programa de SIDA. Aquellos involucrados en el programa de SIDA citan los siguientes beneficios:

- El Documento de Sesión proporciona una vía para la planeación y coordinación de intervenciones.
- Los recursos para el SIDA se han incrementado. Los ministerios distintos al MINS—entre los que se incluyen al Ministerio de Educación, Cultura, y Servicios sociales, y el Departamento de Defensa—han desarrollado los programas de VIH/SIDA con presupuestos.
- El Documento de Sesión ha permitido el desarrollo de un plan estratégico para el VIH/SIDA.

El proceso de Kenya se ha caracterizado por los datos técnicos sustanciales de expertos y un alto grado de participación multisectorial en la revisión del borrador de la política. Aunque tomó algún tiempo tener el proceso organizado, el desarrollo de la política avanzó rápida y fluidamente una vez que los subcomités técnicos fueron establecidos. Al momento que el Documento de Sesión llegó al Parlamento, experimentó una completa revisión. Como resultado, el Parlamento aprobó el documento rápidamente y con poca disensión.

Malawi

El primer caso de SIDA en Malawi fue diagnosticado en 1985. En 1986, el gobierno estableció una Comisión técnica dentro del MINS para establecer guías para la verificación de la sangre y otros asuntos médicos. El MINS desarrolló un Plan de Corto Plazo en 1987 y un Plan de Mediano Plazo en 1988. En 1989, el gobierno estableció la Comisión Nacional de SIDA para

Perfil de Malawi (1997)	
Indicador	Valor
Tamaño de la Población	10.3 millones
PBI per capita	\$220
Esperanza de vida	43 años
Tasa de mortalidad infantil	133
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	217
Población por debajo de la línea de pobreza (1990–91)	54%
Prevalencia de VIH en Adultos (15–49)	14.9%
Número de infectados con VIH (todas las edades)	710,000

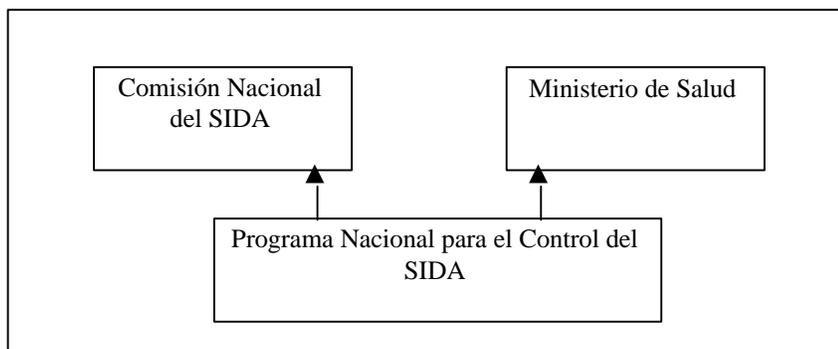
Fuentes: Banco Mundial, 1999; UNSIDA, 1998.

organizar la respuesta a la epidemia. El Segundo Plan de Mediano Plazo se implementó en 1993.

Malawi todavía no ha desarrollado una política nacional amplia sobre el SIDA. A principios de la epidemia, pareció no existir la necesidad de una. En vez de eso, los documentos de planeación trataron asuntos de política claves. Sin embargo, recientemente el gobierno reconoció la necesidad de una mayor participación en el diálogo político. Como resultado, Malawi inició un proceso de tres fases para desarrollar un plan estratégico para su programa de VIH/SIDA. La primera fase se centró en la estimulación de la discusión comunitaria. Los facilitadores capacitados aseguraron las máximas oportunidades posibles para obtener los datos de la comunidad. La segunda fase involucró la modificación y el análisis de asuntos operacionales y de políticas claves basados en las discusiones comunitarias y en los informes de los expertos. La tercera fase se refirió a la preparación de un documento borrador de la estrategia que fue circulado para comentarios y sugerencias. El plan será presentado en un foro nacional en octubre de 1999.

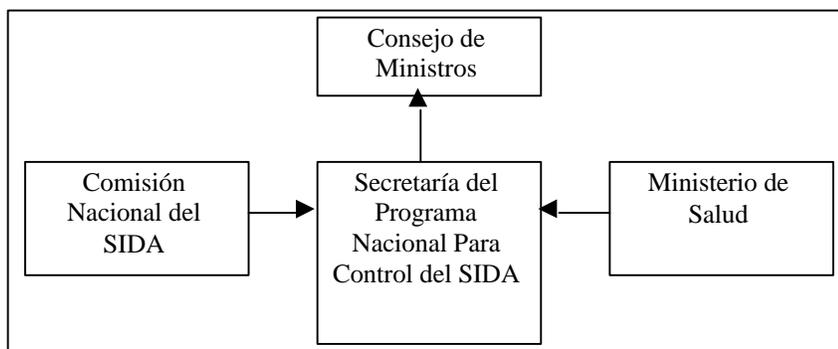
Un punto importante para Malawi ha sido la organización de un esfuerzo multisectorial. Inicialmente, el gobierno estableció una Comisión Nacional del SIDA paralela al MINSA, según se muestra en la Figura 3 a continuación.

Figura 3. Estructura Organizacional Original del Programa de SIDA en Malawi



La dificultad con el enfoque paralelo fue que carecía de un mecanismo fácil para que la Comisión Nacional del SIDA presente recomendaciones al Parlamento. Las recomendaciones requerirían ser expuestas a través del Programa Nacional para el Control del SIDA al MINSA antes de que el ministro pueda presentarlas al Parlamento. La nueva estructura, como se muestra en la Figura 4, intenta proporcionar una ruta más directa hacia el consejo de ministros, y de ahí, al Parlamento.

Figura 4. Nueva Estructura Organizacional del Programa de SIDA en Malawi



Sudáfrica

La primera vez que se reconoció el SIDA en Sudáfrica fue en 1982. La epidemia continuó propagándose a paso lento hasta la década de 1990, cuando entró en una fase explosiva. Los esfuerzos recientes para desarrollar políticas y planes nacionales empezaron con el Congreso Nacional Africano (ANC) cuando aún estaba prohibido. En una conferencia realizada en Mozambique a principios de la década de 1990, la ANC preparó un borrador de la *Declaración de Maputo sobre el VIH y SIDA*, que reconocía la urgente necesidad de hacer de la prevención de VIH una prioridad. La ANC decidió trabajar con el gobierno en función a través del MINSA, antes de que tuvieran lugar las elecciones para un nuevo gobierno. La Unidad del SIDA del MINSA y la ANC trabajaron juntas para establecer un Comité Directivo que incluyó a representantes de negocios (tres Cámaras Nacionales de Comercio), sindicatos (dos federaciones de unión nacional), iglesias (Consejo Eclesiástico Sudafricano), organizaciones cívicas (Organización Cívica Nacional de Sudáfrica), partidos políticos (ANC), y el gobierno (MINSA).

El Comité Directivo decidió sobre la necesidad de una Estrategia Nacional del SIDA. El esfuerzo empezó con una conferencia principal realizada en octubre de 1992 con el título “Sudáfrica Unida contra el SIDA.” La conferencia hizo un llamado en favor de una Estrategia Nacional del SIDA con los siguientes componentes:

- educación;
- consejería;
- prevención;
- atención a la salud;
- bienestar;
- investigación;
- derechos humanos;
- reforma de ley; y
- mejora socioeconómica.

La conferencia también estableció la Convención Nacional Sudafricana de SIDA (NACOSA). NACOSA creó su propio Comité Directivo y eventualmente lo amplió para incluir representantes de ONGs que trabajaban en VIH/SIDA. El Comité

Directivo estableció grupos de trabajo para desarrollar diferentes partes de la estrategia para el SIDA. El borrador de la estrategia fue circulado para comentarios y se concluyó en una reunión en setiembre de

Perfil de Sudáfrica (1997)

Indicador	Valor
Tamaño de la población	38 millones
PBI per capita	\$3400
Esperanza de vida	65.2 años
Tasa de mortalidad infantil	49
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	66
Población por debajo de la línea de pobreza	NA
Prevalencia de VIH en adultos (15–49)	12–14%
Número de infectados con VIH (todas las edades)	3.2 millones

Fuentes: Banco Mundial, 1999; Departamento de Salud, 1998.

Información para la Defensa y Promoción en Sudáfrica

Sudáfrica se benefició de los esfuerzos modelo que demostraron las consecuencias de la epidemia si le permitía difundirse sin obstáculos. El modelo Doyle (Desarrollado por Metropolitan Life) fue visto como un modelo científicamente de impacto que podría generar información útil sobre la epidemia. Fue usado para responder demandas violentas acerca del impacto del SIDA en Sudáfrica y para demostrar los costos y beneficios de los esfuerzos de prevención.

1993. A principios de 1994, el comité desarrolló un plan de implementación para poner en operación la estrategia.

El comité presentó el documento combinado, referido como la Estrategia y el Plan, a dos presidentes adjuntos de Sudáfrica después que el Gobierno de Unidad Nacional asumiera el poder en mayo de 1994. El ministro de salud adoptó formalmente la Estrategia y el Plan en julio de 1994.

El proceso de desarrollo de políticas en Sudáfrica es notable por muchas características únicas. Primero, la Estrategia y el Plan fueron desarrollados no por un departamento del gobierno sino por una coalición de fuerzas externas al gobierno. Estas fuerzas, dirigidas por la ANC, tuvieron la ventaja de una sólida posición moral. Entre 1990 y 1994, el terreno político tomó la forma de dos posiciones generales—aquellos a favor de la segregación racial y aquellos que se oponían. Poca gente quería estar asociada con un pasado negativo. Para muchos, el apoyo a la posición de la ANC equivalía a la oposición a la segregación racial. Así, desde 1990 hasta 1994, era más fácil que antes o desde entonces, lograr el consenso para los esfuerzos dirigidos por la ANC.

Además, los grupos que dirigían el proceso de políticas fueron irrestrictos debido a la experiencia gubernamental anterior. Era tiempo de “sueños y grandes visiones”. La Estrategia y el Plan reflejan una política “ideal” en sus valores y amplitud.

La Estrategia y el Plan también elevaron el perfil del SIDA dentro del gobierno y empezó a ser un símbolo y punto de reunión para la comunidad del SIDA más amplia. Sin embargo, a partir de 1994 ha sido claro que la Estrategia y el Plan tienen muchas debilidades y adolecen de retrasos en la implementación debido en parte a la falta de experiencia del gobierno por el gran número de miembros nuevos con los que cuenta. Una revisión mayor del documento hecha en 1997 guió a la reformulación de prioridades políticas a nivel nacional. Ahora, las principales prioridades incluyen el fortalecimiento del apoyo entre líderes públicos y privados, creación de capacidad, acción intersectorial, y reducción del estigma asociado con el VIH. A fines de 1998, el gobierno emprendió un nuevo esfuerzo importante para motivar la participación de todos los sectores de la sociedad en la lucha contra el SIDA. Además, el Presidente Mandela y el Vicepresidente Mbeki empezaron a hablar acerca del SIDA.

En los últimos años, el tema de tratamiento se ha colocado a la cabeza de la agenda política. En 1998, el gobierno detuvo los intentos de usar zidovudine (AZT) para prevenir la transmisión de VIH de madre a hijo sobre la base de que el dinero para el tratamiento sería mejor invertido en esfuerzos para la prevención. También presentó un anteproyecto de ley por el que se proporcionaría licencia obligatoria para los antiretrovirales e importación paralela de drogas producidas por firmas alternativas diferentes a

La Estrategia y Plan contra el SIDA en Sudáfrica generaron un gran optimismo pero falló en prevenir el aumento de la prevalencia del VIH.

“Mandela se pronunció en la conferencia de 1992 que condujo a la preparación del borrador de la estrategia del SIDA, y se creyó ampliamente que él aseguraba que se pusiese en acción. Esta confianza surgió de la gran talla de Mandela como líder progresivo, el optimismo del país después de la segregación racial, y su papel conductor en la economía del continente. Con su infraestructura comparativamente avanzada, sus sistemas de educación y salud, y su mayor tecnología, habían muchas esperanzas de que Sudáfrica escapara a la devastación del SIDA, la misma que los países del norte se encontraban enfrentando. Los miembros del nuevo consejo de ministros se comprometieron a integrar la lucha contra el SIDA, y las campañas de VIH fueron incluidas como parte esencial de la nueva democracia. ‘Una mejor vida para todos’ fue la promesa de elección de la ANCA, y la gente con SIDA tenía razón de pensar que ellos estaban incluidos . ¿Estaban equivocados?”

Mary Crewe, “Momento de Verdad de Sudáfrica”
POZ, Julio, 1999.

las que no gozan del derecho de la patente, como una forma de reducir los costos de tratamiento. Ambas decisiones estimularon un vigoroso debate dentro y fuera de Sudáfrica. El gobierno que asumió el poder en junio de 1999 se encuentra revisando cuidadosamente estos dos puntos.

Tanzania

El primer caso de SIDA en Tanzania se identificó en 1983. Desde entonces, la respuesta nacional al SIDA se ha desarrollado a través de cuatro fases:

- 1985–1986. El Plan a Corto Plazo desarrollado por el MINSA dirigió tempranas actividades para controlar la epidemia.
- 1987–1991. Se implementó el Primer Plan de Mediano Plazo. Incluyó un conjunto más completo de intervenciones y los primeros pasos para descentralizar el programa.
- 1992–1996. Se implementó el Segundo Plan de Mediano Plazo. Adoptó un enfoque multisectorial y se centró en la reducción de la transmisión de VIH y mitigación de las consecuencias personales y sociales de la epidemia.

Perfil de Tanzania (1996–97)	
Indicador	Valor
Tamaño de la Población (1997)	31.3 millones
PBI per capita (1997)	\$210
Esperanza de vida (1996)	51 años
Tasa de mortalidad infantil (1996)	86
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (1996)	144
Población por debajo de la línea de pobreza (1991)	51%
Prevalencia de VIH en adultos (15–49)	9.4%
Número de infectador con VIH (todas las edades)	1.4 millones

Fuentes: Banco Mundial, 1999; UNSIDA, 1998.

- 1996–1998. Se desarrolló el Tercer Plan de Mediano Plazo.

En 1991, una revisión del Programa Nacional para el Control del SIDA (NACP) llamó al desarrollo de una política nacional que proporcionaría guías para tratar con el SIDA. La revisión identificó los siguientes puntos principales:

- atención a las personas con SIDA;
- examen preliminar de la consejería de VIH;
- huérfanos a consecuencia del SIDA; y
- educación sobre el SIDA en las escuelas.

El Segundo Plan de Mediano Plazo reiteró la necesidad de una política nacional y agregó varios puntos adicionales de política que requerían ser tratados, entre los que se incluían los siguientes:

- apoyo a los miembros de la familia de la persona que murió de SIDA;
- pérdida de productividad;
- protección de los derechos legales de los pacientes con SIDA y de la gente portadora de VIH y SIDA; y
- uso de condones.

Con la ausencia de un marco legal que apoye a los muchos programas de SIDA, la necesidad de una política nacional empezó a ser evidente. Fue difícil cambiar las leyes y regulaciones para crear un marco legal de apoyo sin una política de gobierno que requiera esos cambios. Por lo tanto, el gobierno designó a la NACP para que desarrollara una política nacional. La NACP comisionó a expertos para que redacten documentos guías sobre 11 componentes claves. Entonces, los expertos presentaron los documentos en una taller nacional de formulación de políticas en 1995. El taller tuvo una duración de siete días y reunió a 28 personas, la mayoría de las cuales eran funcionarios del gobierno; sólo dos personas representaron a ONGs. La NACP hizo esfuerzos para solicitar datos de otros sectores de la sociedad, incluyendo la PLWHA y a trabajadoras del sexo, pero recibieron pocas respuestas. A mediados de 1999, la política aún no había sido aprobada. La falta de participación difundida en el desarrollo de la política podría haber contribuido a la falta de impulso para aprobación.

Falta de condiciones políticas conducentes llevan a un retraso en la aprobación de la política de SIDA en Tanzania.

El documento borrador de la política fue preparado en 1995; sin embargo, aún no ha sido aprobado. El documento se preparó cuando el país se encontraba en el pico de la transición a la democracia multipartidaria. Los esfuerzos del gobierno estaban dirigidos a asegurar una transición fluida. Se dio poca atención para avanzar con la política de SIDA a través de los canales de aprobación.

En 1998, la NACP preparó una nueva estrategia de cinco años 1998–2002, desarrollada con una amplia participación. A la fecha, ha sido aprobada y viene siendo implementada.

Uganda

Uganda fue uno de los primeros países en experimentar una epidemia de SIDA. La prevalencia de VIH alcanzó niveles extremadamente altos en algunas partes del país en la última mitad de la década de los años 80. La respuesta de Uganda a la epidemia fue temprana y relativamente bien organizada. Las primeras políticas trataron con la transfusión de sangre y pruebas de descarté. Uganda desarrolló uno de los primeros programas multisectoriales cuando en 1991, estableció la Comisión del SIDA de Uganda dentro de la Oficina del Presidente. Otros países están copiando el enfoque multisectorial desarrollado por ese país en un esfuerzo por expandir la participación en la

lucha contra el SIDA. El enfoque de Uganda ha sido efectivo en involucrar a todos los sectores del gobierno y en demostrar un compromiso sólido; sin embargo, no ha sido enteramente exitoso. A veces, la capa extra de burocracia ha probado ser ineficiente. Recientemente, el gobierno empezó a retornar algunas de las funciones de la comisión al Programa de Control del SIDA del MINSa.

Perfil de Uganda (1996–97)

Indicador	Valor
Tamaño de la población (1997)	20.3 millones
PBI per capita (1997)	\$330
Esperanza de vida (1996)	43 años
Tasa de mortalidad infantil (1996)	99
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años (1996)	141
Población por debajo de la línea de la pobreza (1993)	55%
Prevalencia de VIH en adultos (15–49)	9.5%
Número de infectados con VIH (todas las edades)	930,000

Fuentes: Banco Mundial, 1999; UNSIDA, 1998.

Los esfuerzos para desarrollar una política nacional amplia no empezaron sino hasta mediados de la década de los años 1990. La Comisión del SIDA de Uganda está administrando el proceso que trabaja sobre los siguientes pasos:

- datos recogidos de varios sectores;
- preparación de una política borrador inicial;
- revisión y corrección del borrador por el Comité Técnico de la Comisión del SIDA de Uganda;
- distribución del borrador a toda la comisión para su revisión;
- sometimiento del borrador del informe que presenta el MINSa a los ministros en línea para su revisión;
- sometimiento del memorándum sobre el borrador de la política al consejo de ministros;
- sometimiento de un proyecto de ley al Comité de Salud del Parlamento, y
- sometimiento de la minuta al Parlamento para aprobación.

Hasta principios de 1999, el Parlamento no ha aprobado aún la política pero se espera que lo haga a finales del año. No obstante, muchas de las políticas administrativas contenidas en el documento ya se han implementado. La aprobación parlamentaria es necesaria para aquellas políticas que requieren acción legislativa.

Zambia

El primer caso de SIDA en Zambia se identificó en 1984. Las primeras respuestas del gobierno a la epidemia se centraron en la prevención de la transmisión de VIH a través de la protección del suministro de sangre y la difusión de información al público sobre cómo prevenir la infección de VIH. Posteriormente, un enfoque multisectorial más amplio reemplazó la respuesta biomédica inicial.

En 1993, el Programa Nacional de SIDA/ETS/TB y Lepra (NASTLP) inició consultas extensas y de amplia base con el gobierno y otros interesados para crear consenso y colaboración sobre el futuro del programa multisectorial. En mayo de 1993, el Taller Nacional de Consenso de interesados reunió a donantes, ministerios del gobierno, ONGs locales e internacionales, organizaciones eclesíásticas, practicantes tradicionales, sindicatos, organizaciones de comercio privado, y estudiantes.

El Taller Nacional de Consenso fue seguido de otros talleres específicos y bien orientados que involucraron entre otros, a secretarías permanentes, personas claves (designadas por funcionarios de SIDA) provenientes de varios ministerios, organizaciones eclesíásticas, y ONGs. Los talleres tuvieron la tarea de desarrollar estrategias sectoriales.

El proceso de desarrollo de políticas sectoriales de VIH/SIDA es complementario a las reformas sectoriales de salud, que enfatizan la descentralización del sistema de atención de salud y la creación de sociedad, colaboración, y consulta con organizaciones externas al sector salud.

Perfil de Zambia

Indicador	Valor
Tamaño de la población (1997)	9.4 millones
PBI per capita (1997)	\$380
Esperanza de vida (1996)	44 años
Tasa de mortalidad infantil (1996)	112
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (1996)	202
Población por debajo de la línea de pobreza (1991)	68%
Prevalencia de VIH en adultos (15-49)	19%
Número de infectados con VIH (todas las edades)	770,000

Fuentes: Banco Mundial, 1999; UNSIDA, 1998.

Zambia tiene un principal componente de política de SIDA en su Segundo Plan de Mediano Plazo y se basa en un número de políticas diversas, regulaciones, y guías; sin embargo, el gobierno no ha desarrollado una amplia política nacional sobre el tema.

Taller Nacional de Consenso en Zambia, Mayo de 1993

“El Taller Nacional de Consenso marcó un punto decisivo en la prevención y control del VIH/SIDA en Zambia. Antes que nada, el Ministerio de Salud y el Programa Nacional de SIDA/ETS/TB y Lepra notaron que el VIH/SIDA había afectado a todos los sectores de la economía, por lo tanto necesitaba más que una respuesta médica o de salud para combatirlo de manera más efectiva y eficiente. Segundo, su papel cambió de implementador y planeador único...a promotor y defensor, facilitador, y coordinador de desarrollo de una respuesta multisectorial. Tercero, también notaron que para que los principales interesados se comprometiesen completamente a participar en la lucha contra la epidemia, tenía que ser parte integrante del proceso de planeación en el que el resultado no se vería como impuesto por ellos. El Taller Nacional de Consenso fue por consiguiente, un paso importante en la creación de consenso, promoción de la colaboración, consulta, y sociedad entre los principales interesados.”

Representante de una ONG

La nación ha fomentado una respuesta multisectorial a través de una variedad de mecanismos, uno de los cuales es la generación de información sobre el impacto del SIDA en los sectores ajenos al de salud. Los estudios conducidos sobre el impacto del SIDA en la agricultura, desarrollo comunitario y bienestar social, educación, empleo, salud, y comunicación masiva ilustran la naturaleza multidimensional de la epidemia y la necesidad de una respuesta multisectorial. Durante la implementación inicial del enfoque multisectorial, cada ministerio duplicó las funciones del MINSa. Más tarde, sin embargo, los ministerios fueron instados a desarrollar programas únicos que usaran su ventaja comparativa.

Correspondientemente, el gobierno convocó una conferencia de secretarías permanentes en marzo de 1994 para establecer el concepto de persona clave (PC) en cada ministerio y firmemente comunicar su compromiso sobre el enfoque multisectorial.

En muchos países, la persona clave ha sido un componente clave en el enfoque multisectorial. Primero, los ministerios de Zambia acogieron el enfoque con gran entusiasmo. Sin embargo, la creación de nuevas postas oficiales se opusieron al Programa de Reforma del Sector Público que intentaba reducir el número de empleados de gobierno. No obstante, un estudio de absentismo relacionado al SIDA concluyó en que el programa de PF era esencial para alcanzar las metas de la reforma de servicio civil.

Una reunión de las secretarías permanentes estableció firmemente el enfoque multisectorial en Zambia.

“La primera reunión de las secretarías permanentes fue un momento crucial en la sensibilización de nosotros mismos sobre asuntos del VIH/SIDA y en la necesidad de instituir las políticas de VIH/SIDA dentro de nuestros ministerios en línea. Podemos sostener extensas deliberaciones en nuestro avanzar—especialmente en el concepto de “ventaja comparativa”, la cual nos motiva a conducir programas de educación del VIH/SIDA haciendo uso de las oportunidades existentes y de las estructuras institucionales de nuestras organizaciones o instituciones para influenciar las actividades dentro de nuestras áreas obligatorias de operación.”

Secretaría Permanente,
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Zambia también ha tratado de involucrar a los sectores no gubernamentales en la lucha contra el SIDA. El gobierno ha apoyado los esfuerzos especiales del sector privado para motivar a las compañías individuales a implementar políticas y programas. Los esfuerzos incluyeron una reunión realizada en julio de 1996 con el jefe ejecutivo de la Federación de Empleados de Zambia. La reunión resaltó el papel del sector privado y la manera cómo podía ser integrado en el programa nacional de VIH/SIDA. Los esfuerzos especiales también han involucrado a las organizaciones religiosas. Por ejemplo, la NASTLP ha trabajado con el Consejo Eclesiástico para conducir talleres interdenominativos sobre el papel de la iglesia en la batalla contra el SIDA.

Así, Zambia no cuenta con una política de VIH/SIDA amplia pero ha seguido activamente el desarrollo de políticas específicas y programas a través del enfoque multisectorial. Los miembros en el programa ven como ventaja y desventaja la falta de una política de VIH/SIDA amplia. Los marcos políticos existentes desarrollados antes de surgir el SIDA como un problema serio están con frecuencia incompletos y llenos de ambigüedades, lo que permite la continuación de las prácticas discriminatorias. Del lado positivo, dado que las nuevas políticas y programas necesitan insertarse en los marcos regulatorios existentes, se integra firmemente los esfuerzos más recientes con los enfoques existentes.

La revisión del proceso de desarrollo de políticas en Zambia resaltó las siguientes lecciones principales:

- La estrategia de dos puntas ha sido útil en combinar la sensibilización ante los asuntos generales y problemas de VIH/SIDA con los esfuerzos para desarrollar políticas sobre puntos específicos que requirieran urgente atención.
- El enfoque de PC ha funcionado bien en algunos ministerios y pobremente en otros. Donde la persona clave es ineficaz, es necesario intervenir directamente con el liderazgo del ministerio para desarrollar políticas efectivas.
- El enfoque multisectorial es largo y engorroso y podría alcanzar el éxito sólo cuando las secretarías permanentes y otros funcionarios de alto nivel estén completamente comprometidos con el esfuerzo.
- La manera más efectiva de implementar el enfoque multisectorial es integrar las actividades en estructuras existentes en vez de establecer estructuras paralelas.

- El proceso de desarrollo de políticas de VIH/SIDA a nivel de sector no debe dejarse completamente en manos de las personas claves sino que debería involucrar a todos los personajes claves dentro del ministerio.
- Para mejorar la sostenibilidad, es vital implementar un proceso continuo de consulta, colaboración y creación de consenso. El papel de la NASTLP en el sostenimiento de la respuesta es vital.

Zimbabwe

Durante los últimos 10 años, Zimbabwe ha experimentado una epidemia de VIH/SIDA extremadamente severa. En respuesta, el país ha implementado varios planes de corto y mediano plazo para establecer el Programa Nacional de Coordinación del SIDA. El esfuerzo de desarrollar una política nacional amplia se inició en 1994 con el establecimiento de un Comité Directivo para planear el proceso y proporcionar liderazgo. El Comité está compuesto por tres miembros del Programa Nacional de Control del SIDA, dos provenientes de ONGs, dos de universidades, uno de la Oficina del Ministro de Justicia, y uno de una organización de la PLWHA.

El Comité Directivo solicitó datos y opiniones de expertos a través de una serie de consultas y sesiones de lluvia de ideas. Los datos formaron la base del primer borrador de la política, que el comité circuló ampliamente (200,000 copias impresas y distribuidas). El borrador de política también fue usado como el centro de discusiones con varios grupos nacionales, provinciales y distritales. Más de 4,500 personas participaron en foros de discusión realizados en conjunto con siete talleres provinciales. El borrador de la política fue publicado en series en el periódico nacional para hacerlo accesible a una mayor parte de la población.

El Comité Directivo preparó el segundo borrador basado en los datos del público y lo envió a la Oficina del Ministro de Justicia para su revisión legal. La aprobación final se espera para fines de 1999.

Aunque la política final no ha sido oficialmente aprobada, muchas de sus políticas administrativas ya se han implementado. Además, la participación extensiva ha creado la conciencia difundida de la política, y muchos de los promotores y defensores de los objetivos de defensa y promoción y creación de apoyo ya han sido alcanzados (Vera, 1997).

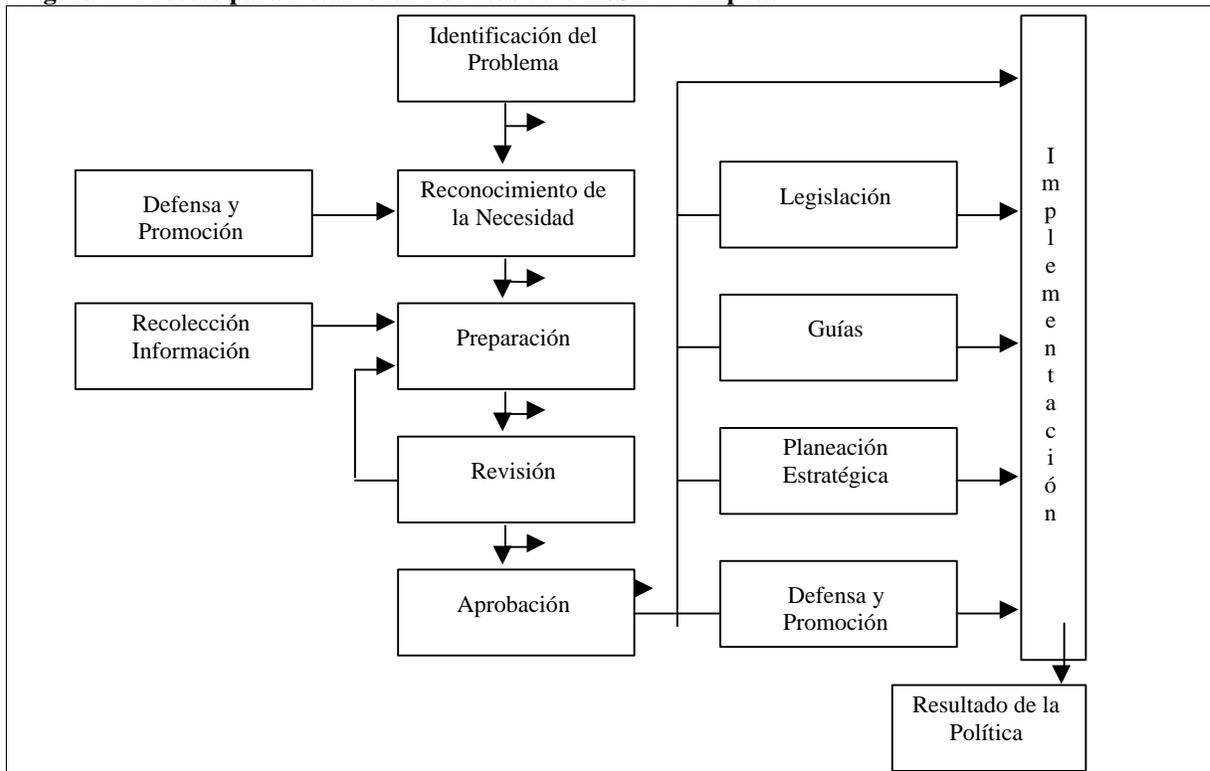
Perfil de Zimbabwe (1996–97)	
Indicador	Valor
Tamaño de la población (1997)	11.5 millones
PBI per capita (1997)	\$750
Esperanza de vida (1996)	56 años
Tasa de mortalidad infantil (1996)	56
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (1996)	86
Población por debajo de la línea de pobreza (1990–91)	25%
Prevalencia de VIH en Adultos (15–49)	26%
Número de infectados con VIH (todas las edades)	1.5 millones

Fuentes: Banco Mundial, 1999; UNSIDA, 1998.

Análisis Comparativo del Proceso de Políticas

Los estudios de caso del país sugieren que los marcos teóricos descritos anteriormente capturan mucho del proceso de formulación de políticas. No obstante, necesitan elaboración para proporcionar una mejor descripción del proceso como ha sido descubierto en Africa. La Figura 5 presenta un marco revisado del proceso de políticas que refleja con más precisión las experiencias reportadas.

Figura 5. Proceso para Desarrollar Políticas de VIH/SIDA Amplias



El marco revisado sigue los principales pasos descritos por Lasswell (1951) y Meier (1991) pero hace más explícitos algunos de los pasos claves identificados en los estudios de caso, particularmente aquellos sobre la preparación del borrador y revisión y los múltiples caminos por los que se puede implementar las políticas. Las flechas con dirección a la derecha que no se conectan a los recuadros indican que el proceso puede interrumpirse en cada paso. El progreso desde el primer paso hacia el último no es inevitable.

Identificación del Problemas y Reconocimiento de la Necesidad

Como los ilustran los estudios de casos, existe una clara distinción entre reconocer al SIDA como un problema y determinar que se necesitan políticas formales para tratar la enfermedad. En la mayoría de países, los primeros casos de SIDA se reportaron a mediados de la década de los años 80; sin embargo, el desarrollo de políticas amplias no se inició hasta la década de los años 90. Los gobiernos respondieron al emergente problema con una diversidad de pasos graduales antes de reconocer la necesidad de una

política amplia. Esas respuestas pueden sintetizarse en cuatro fases del desarrollo de políticas como se describe a continuación.

- **Respuesta médica.** La primera respuesta al SIDA en la mayoría de países fue tratar la enfermedad como un problema médico. Las actividades se centraron en el examen de sangre donada, la garantía de prácticas médicas seguras, la conducción de la vigilancia e investigación. En la mayoría de países, la respuesta médica coincidió con el desarrollo del primer plan de mediano plazo bajo la dirección del Programa Global sobre SIDA. Se identificaron los primeros casos de SIDA, y mientras la investigación mostró que los niveles de infección aumentaban en algunos grupos de población, el número de muertes por SIDA permanecía bajo. En esta etapa, se requirieron las guías médicas y de investigación, pero había poco reconocimiento de la necesidad de políticas nacionales amplias.
- **Respuesta de salud pública.** Según progresaba la epidemia, los gobiernos y las organizaciones internacionales empezaron a notar que el enfoque médico para la prevención y cuidado del VIH resultaba insuficiente. La investigación de intervención mostró que el progreso hacia la prevención podría lograrse con una combinación de programas tales como la promoción del uso del condón, la consejería de pares, las campañas de difusión masiva. En esta fase, la respuesta al SIDA se amplió considerablemente y, como resultado, empezaron a surgir asuntos de política difíciles tales como la publicidad del condón en los medios de comunicación masiva. En general, los gobiernos trataron con estos asuntos en una base ad hoc a través de regulaciones y leyes específicas.
- **Respuesta multisectorial.** Al avanzar la epidemia, el número de muertes comenzó a incrementarse. Las organizaciones internacionales empezaron a hacer hincapié en los amplios impactos sociales y económicos del SIDA, por lo tanto a estimular las respuestas multisectoriales. Todos los sectores del gobierno fueron alentados a involucrarse en la prevención del VIH. El papel del sector privado, ONGs, y comunidades cobró mayor importancia. A este tiempo, el rango completo de asuntos difíciles de política se tornaba claro, forzando a los gobiernos a considerar, por ejemplo, la situación de los huérfanos, la educación del SIDA en las escuelas, los derechos humanos, tratamiento y atención, y éticas de investigación. A este punto, en la mayoría de países la necesidad de una política nacional amplia para tratar todos esos asuntos empezaba a ser clara.
- **Tratamiento y prevención enfocados.** En muchos países, la última fase se distingue por el interés en enfoques probados. Esto podría significar menor énfasis en el enfoque multisectorial y mayor énfasis en las intervenciones de prevención más prometedoras. La última fase también incluye un interés definido sobre asuntos de ética y recurso asociados con las nuevas opciones de tratamiento y prevención, tales como la terapia antiretroviral y prevención de la transmisión madre-hijo.

El cuadro 2 muestra el momento del desarrollo de políticas nacionales amplias de nueve países. Etiopía fue el primer país en responder (1989). La mayoría de los otros esfuerzos se iniciaron entre 1992 y 1994. De los nueve países, tres han recibido aprobación final para sus políticas (Etiopía, Kenya, y Sudáfrica), mientras que cuatro países esperan aún la aprobación final (Ghana, Tanzania, Uganda y Zimbabwe). En Etiopía, el proceso completo tomó nueve años; Sudáfrica empezó mucho después pero completó el desarrollo de políticas en sólo dos años. El cuadro 2 refiere sólo al desarrollo de políticas nacionales amplias de VIH/SIDA. No indica otras actividades políticas que puedan haber precedido el esfuerzo político del SIDA. Por ejemplo, Tanzania redactó una guía médica sobre exámenes, atención, y prevención en 1989 pero no empezó a desarrollar una política nacional amplia sino hasta 1995.

Aunque la mayoría de países ven el SIDA como una crisis nacional, el tiempo requerido para desarrollar y aprobar políticas amplias muestra claramente que los gobiernos no tratan la epidemia como crisis que demanda una solución política inmediata. En vez de eso, los gobiernos se basan en mecanismos normales de desarrollo de política en vez de en mecanismos de intervención de crisis más rápidos. Considerándolo

desde el lado positivo, el enfoque tradicional tiene el beneficio de dar la oportunidad de una participación difundida en el debate político. Por consiguiente, el proceso de dos años en Sudáfrica y el de cuatro años en Kenya fueron consecuencia natural de la decisión de desarrollar políticas amplias con participación difundida. Desde el lado negativo, la falla en reconocer la urgencia de la situación ha contribuido a períodos de poca actividad tendiendo una brecha de nueve años entre las actividades iniciales y la aprobación final en Etiopía. Además, las políticas nos son aprobadas aún después de cuatro años de desarrollo en Ghana y después de cinco años en Tanzania.

Cuadro 2 . Cronograma del Desarrollo de Políticas de VIH/SIDA Amplias, 1982–1999

País	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Etiopía					A												☆	
Ghana					A													○
Kenya			A													☆		
Malawi				A														
Sudáfrica	A												☆					
Tanzania		A																○
Uganda		A																○
Zambia			A															
Zimbabwe					A													○

- A = Primer caso de SIDA reportado.
- = Desarrollo de una política nacional amplia.
- ☆ = Política nacional amplia aprobada.
- = Políticas pendientes de aprobación final.

Defensa y Promoción

En la mayoría de países, la defensa y promoción de varios grupos de interés para estimular una respuesta del gobierno ha sido un aspecto principal de la identificación del problema y reconocimiento de la necesidad. Las organizaciones internacionales como UNSIDA, OMS, y, más recientemente, el Banco Mundial son responsables de algunos esfuerzos de defensa y promoción en favor del SIDA. Los donantes internacionales, incluyendo la USAID y el Departamento Británico para el Desarrollo Internacional (DFID), con frecuencia incluyen el SIDA en su diálogo político con gobiernos anfitriones y proyectos de apoyo, tales como el Proyecto POLICY, como parte de sus esfuerzos para proporcionar asistencia técnica y capacitación en defensa y promoción. Los Programas Nacionales para el Control del SIDA también han conducido algo de defensa y promoción. Los programas en Etiopía, Ghana, Kenya, Sudáfrica, Uganda, Zambia y Zimbabwe, todos han desarrollado presentaciones de defensa y promoción y folletos para usar en la creación de la conciencia sobre la epidemia del SIDA y crear apoyo para políticas y programas eficaces. En algunos países, las ONGs locales y los grupos de interés han sido fundamentales en hacer el caso para acción del gobierno. En Uganda, la Organización de Apoyo al SIDA (TASO) elevó la conciencia del problema de SIDA estableciendo una red de personas para proporcionar apoyo a afectados con el VIH y a sus familias. En Kenya el Consorcio Keniano de ONGs sobre el SIDA (KANCO) apoya a las ONGs que trabajan el tema, difunde información, y apoya esfuerzos para comprometer a los parlamentarios en discusiones acerca del SIDA. En Sudáfrica, la Asociación Nacional de Personas con VIH y SIDA ha sido voz principal para una respuesta expandida al SIDA.

Colección de Información

La mayoría de países establecieron comités de preparación de documentos preliminares o comités directivos para vigilar el desarrollo del primer borrador de una política de SIDA. El comité encargado buscó el consejo de expertos a través de entrevistas (Ghana), documentos solicitados sobre temas claves (Tanzania), o inclusión de expertos en subcomités técnicos (Kenya). Algunos países condujeron talleres nacionales durante los cuales los documentos solicitados o puntos de vista de consultores fueron discutidos y se produjo un borrador inicial (Etiopía, Tanzania).

Preparación del Borrador

En Etiopía, Ghana, Sudáfrica, Tanzania, y Uganda, el principal trabajo de preparación del documento borrador de una política de SIDA se finalizó antes o durante el taller nacional. La mayoría de oportunidades de participar surgieron durante la etapa de pre-preparación o preparación del borrador. El nivel de participación dependió de la diversidad representada por personas involucradas en el proceso de preparación de borrador. En Sudáfrica, tanto la composición diversa de NACOSA como la situación política singular, contribuyeron a un nivel sustancial de participación en el diálogo político. En Etiopía y Tanzania, la confianza en un único taller nacional proporcionó pocas oportunidades de participación de las personas ajenas al campo de la salud pública. Sin embargo, Tanzania sí envió su borrador de su política a organizaciones representantes de la PLWHA y a trabajadoras del sexo pero recibieron poca retroalimentación. (En Etiopía y Tanzania se vienen creando más oportunidades de participación como parte del proceso de planeación estratégica que se realiza.) Malawi trató el problema de la limitada retroalimentación comunitaria mediante la capacitación de facilitadores para organizar y realizar reuniones específicamente diseñadas para obtener un mayor nivel de respuesta de parte de la comunidad.

Zambia que carece de una política nacional amplia, fomenta la participación en discusiones de políticas específicas de varias maneras. Por ejemplo, conduce una conferencia nacional anual de SIDA para el debate de recomendaciones a ser enviadas al Parlamento.

Revisión

En Kenya y Zimbabwe, el borrador de la política fue ampliamente debatido. Zimbabwe imprimió 200,000 copias del primer borrador para distribución. Ambos países sostuvieron talleres provinciales y distritales que brindaron amplias oportunidades de participar y tener una reacción del primer borrador. Mientras que tal enfoque consume tiempo, brinda oportunidades para obtener datos de fondo de individuos y organizaciones interesadas.

Resolución de Disputa. Muchos aspectos de la política de SIDA son controversiales. Las varias disputas que surgieron invariablemente durante la discusión de cada política fueron tratadas de diferente manera de acuerdo al asunto y a su contexto. En algunos casos, fue posible traer información científica nacional al debate para producir consenso sobre el mejor enfoque. Por ejemplo, el punto de la cuarentena para los individuos infectados fue fácil de rechazar una vez que todos los participantes comprendieron que la infección estaba extremadamente difundida. En otros casos, la opinión experta sobre ética médica fue persuasiva en convencer a los participantes de un enfoque correcto (por ejemplo, la necesidad de la confidencialidad). Sin embargo, para algunos puntos fue imposible lograr un consenso. Muchos fueron simplemente retirados de la política. Entre los ejemplos se incluyen la penalización de la transmisión deliberada del VIH y la distribución de condones en las prisiones. En otros puntos, los participantes llegaron a un acuerdo haciéndolo menos específico. Por ejemplo, la “educación sexual en las escuelas” podría ser controversial, mientras que la “educación de la vida familiar” o “información sobre el SIDA para la gente joven” podrían ser menos explosivas ya que las declaraciones pueden interpretarse de muchas maneras distintas. Zimbabwe fue capaz de referirse a la transmisión intencionada dentro de su política mediante la inclusión de una declaración sobre “agresión sexual.”

Institución Guía. El Programa Nacional para el Control del SIDA encabezó el desarrollo de la política en todos los países con excepción de Sudáfrica y Uganda. Durante las discusiones que rodeaban la transición hacia un nuevo gobierno, la ANC de Sudáfrica inició discusiones con el gobierno sobre la necesidad de una política de SIDA. El resultado fue el establecimiento de NACOSA, una coalición de amplia base que encabezó la preparación de la Estrategia y el Plan para el SIDA en Sudáfrica. En Uganda, la responsabilidad del desarrollo de la política recayó en la Comisión de SIDA de Uganda, organismo multisectorial que incluye la representación de todas las partes de gobierno involucradas en las actividades de SIDA. En la mayoría de los otros países, los organismos multisectoriales de coordinación, como los consejos nacionales de SIDA, no han sido establecidos, no funcionan, o son establecidos como parte de una política amplia. Sin embargo en Uganda, la Comisión de SIDA fue establecida a principios de la década de los años 90. Esa comisión proporciona una base más amplia dentro de la estructura del gobierno para el desarrollo de política que la que ofrece el Programa de Control del SIDA bajo control del MINSAs.

Aprobación

Las políticas nacionales de SIDA han sido aprobadas en uno de los tres niveles: ministerio de salud, consejo de ministros, o el Parlamento. El ministerio de salud aprobó la mayoría de las primeras guías o políticas específicas. El Plan Nacional de Sudáfrica fue presentado a los presidentes adjuntos, pero la aprobación final fue otorgada por el ministro de salud. En Etiopía, Tanzania, y Zimbabwe esta aprobación final provino o provendrá del consejo de ministros. Ghana, Kenya, y Uganda están buscando o buscaron la aprobación final del Parlamento. Pareciera que la aprobación final del Parlamento irá a señalar que se ha realizado un debate más grande y que la política final recibirá apoyo más fuerte y conducirá a una comprensión más amplia de la magnitud del reto del SIDA. No está aún claro si ese es el caso. Presumiblemente, la legitimidad del gobierno y el grado de participación de la oposición en el Parlamento serían factores importantes en la determinación de la profundidad de apoyo y conciencia.

Implementación

Una vez adoptadas las políticas, necesitan implementarse. Los países han adoptado enfoques distintos para hacerlo. Varios países implementaron las políticas a través de planes operativos o estratégicos que pueden reflejar una participación sustancial. En algunos países, los comités necesitan estar establecidos para desarrollar las guías requeridas para implementar las políticas. El proceso de desarrollo de las guías puede consumir tanto tiempo como el proceso de desarrollo de políticas. Con frecuencia, las decisiones difíciles que se evitaron tomar cuando se diseñaron las políticas necesitan ser resueltas a medida que se desarrollan los planes y guías. En muchos casos, los elementos de una política pueden implementarse aún antes de que sea completamente desarrollada. Los grupos de interés podrían ser motivados a tomar la cabeza en la difusión e implementación de las partes de la política que son de particular interés para ellos. La mayoría de políticas contienen algunos elementos que pueden ser implementados inmediatamente a pesar de las acciones administrativas; otros puntos requieren de esfuerzos para desarrollar una legislación específica y obtener financiamiento.

Valor del enfoque multisectorial. La mayoría de países ha tratado y recomendado los enfoques multisectoriales para el SIDA por los diversos impactos de la enfermedad y la necesidad de muchos sectores de enfrentar la epidemia. Hasta la fecha la experiencia ha sido combinada. Malawi estableció un Comité Nacional de SIDA, de naturaleza multisectorial y compartía control del Programa Nacional de Control del SIDA con el MINSAs. La estructura creó problemas en relación a que el Comité Nacional de SIDA no tenía vía directa para elevar asuntos de importancia al consejo de ministros. Más adelante, Malawi revisó la estructura; mantuvo los aspectos multisectoriales pero creó una secretaría para el Programa Nacional de Control del SIDA. Los ministros de línea son miembros de la secretaría con vía

directa al consejo de ministros. El MINSA y el Programa Nacional de Control del SIDA reportan a la secretaría.

Uganda fue uno de los primeros países en implementar el enfoque multisectorial. Primero, estableció la Comisión de SIDA de Uganda dentro de la Oficina del Presidente. Además del MINSA, muchos ministerios establecieron programas para el control del SIDA. Eventualmente, la comisión se trasladó al MINSA (aunque tiene un presupuesto separado) donde es probable que reciba más atención.

Algunos países han experimentado con personas claves en el tema de SIDA para que lideren el esfuerzo multisectorial dentro de varios ministerios. En los casos donde las personas claves se desempeñan satisfactoriamente, el enfoque puede guiar a la participación activa de muchos ministerios. Sin embargo, en muchos países la experiencia ha sido decepcionante. Las personas claves raramente manifiestan el tema del SIDA en sus descripciones de trabajo, lo que significa que necesitan mezclar esas actividades con sus otras responsabilidades y podrían ser transferidos a otro empleo o ministerio sin planes específicos obligándolos a entregar sus funciones en el tema SIDA a otra persona dentro del ministerio. La efectiva implementación del concepto de PC podría ser difícil si existen gobiernos realizando reformas del servicio civil destinado a reducir el número de empleados del gobierno.

Aunque todos reconocen la necesidad de involucrar a todos los sectores del gobierno y a la sociedad en los programas de SIDA, los mejores mecanismos para lograr el involucramiento difundido no están claros. La mayoría de esfuerzos para desarrollar enfoques multisectoriales se han centrado en comprometer a todos los departamentos del gobierno en los programas de SIDA. En cambio, algunos países han hecho esfuerzos especiales para involucrar también a los sectores no gubernamentales. Estos esfuerzos intentan incluir al sector privado, ONGs, grupos religiosos, sindicatos, organizaciones comunitarias, asociaciones de PLWHA, y otros. Aunque la participación de estos diferentes segmentos de la sociedad pueden algunas veces conducir al conflicto, la experiencia ha sido en lo general positiva. El SIDA no sólo es un problema médico; por consiguiente, todos los sectores de la sociedad afectados por la enfermedad necesitan estar involucrados en el esfuerzo por enfrentarla.

Roles nacionales versus roles provinciales/distritales. La división de la responsabilidad entre los departamentos nacionales y provinciales o distritales es otra consideración importante para el desarrollo de políticas. El establecimiento de las políticas nacionales es claramente el papel del gobierno nacional, pero la implementación con frecuencia es responsabilidad de las administraciones locales. La reciente tendencia hacia la descentralización de todas las funciones del gobierno, incluyendo la salud, ha agudizado la división entre el gobierno nacional y local. En Etiopía y Zambia, las funciones del Programa Nacional de Control del SIDA están limitadas a la política, defensa y promoción, investigación, interacción con donantes internacionales, y algunas otras funciones, mientras la mayor responsabilidad de la implementación recae en los distritos o las provincias. La división de la responsabilidad para desarrollar guías puede no ser clara, y alguna inseguridad rodea el grado en el que los distritos y provincias están vinculados con las decisiones políticas o guías establecidas a nivel nacional. La necesidad de una amplia participación en el desarrollo e implementación de políticas nacionales no puede ser forzada—ya sea a través de una continua defensa y promoción, planeación o capacitación.

Personajes

Los personajes en el proceso de política desempeñan diferentes papeles, y su grado de participación varía de acuerdo a la etapa del proceso. Aunque todos los personajes podrían estar involucrados hasta un punto en todas las etapas, realizan sus contribuciones claves en sólo unas pocas. El Cuadro 3 sintetiza las experiencias de los estudios de caso. La presente discusión categoriza a los personajes de acuerdo a los grupos claves identificados por la literatura sobre el proceso de política. En el caso del VIH/SIDA, los grupos incluyen

- **Tecnócratas**—epidemiólogos, médicos, científicos, especialistas en salud pública, analistas de política, y economistas dentro del MINSA, de instituciones nacionales de investigación, y de organizaciones internacionales;
- **Burócratas**—básicamente del MINSA, del Ministerio de Planeación, y de la oficina del presidente o del primer ministro;
- **Grupos de interés**—ONGs que ofrecen servicios de prevención y cuidado del VIH/SIDA, organizaciones del PLWHA, organizaciones comunitarias, y organizaciones representantes de poblaciones en especial riesgo (por ejemplo, trabajadores del sexo, camioneros);
- **Políticos**—ministros y ministros adjuntos, miembros del Parlamento, miembros de consejo de ministros, el presidente, y el primer ministro, y
- **Donantes**—representantes de UNSIDA y sus organizaciones miembros (OMS, UNICEF, PNUD, UNFPA, y el Banco Mundial) y donantes bilaterales claves como USAID, DFID, y las Agencias de Desarrollo Danesas y Suecas.

Cuadro 3. Personajes que Intervienen en el Proceso de Políticas por Etapa

Etapa	Tecnócratas	Burócratas	Grupos de Interés	Políticos	Donantes
Identificación del Problema	✓				✓
Reconocimiento de la Necesidad				✓	
Defensa y Promoción	✓	✓	✓	✓	✓
Recolección de Información	✓				
Preparación del Borrador	✓	✓	✓		
Revisión			✓	✓	
Aprobación				✓	
Implementación	✓	✓	✓	✓	✓

Identificación del Problema . Es conducida por tecnócratas quienes colectan y analizan datos y los presentan en varias formas para ilustrar los problemas actuales y futuros. Las piezas claves de información son casos reportados de SIDA y estudios de vigilancia sobre la infección del VIH. Los donantes cumplen una función presentando información de otros países que corroboran la experiencia nacional. En todos los países examinados para este informe, la recolección de datos y el análisis fueron realizados por epidemiólogos dentro del MINSA y grupos de investigación de universidades. Por lo general, contaron con el apoyo de especialistas internacionales proporcionados por la OMS, USAID, y otras organizaciones donantes.

Reconocimiento de la Necesidad. Proviene de políticos quienes colocan el SIDA en la agenda política. Por consiguiente, los esfuerzos de defensa y promoción se centran en convencer a políticos claves sobre la necesidad de una respuesta amplia.

Defensa y Promoción para la acción puede provenir de cualquier grupo. Típicamente, la llevan a cabo grupos de interés y donantes. Los defensores y promotores forjan alianzas con tecnócratas y burócratas quienes ven la necesidad de una acción política acelerada para adelantar su caso por los canales normales del gobierno. En algunos casos, los políticos prudentes reconocen la necesidad de mayor acción y se convierten en defensores del esfuerzo para desarrollar una respuesta amplia y efectiva. En Sudáfrica, por

ejemplo, la ANC reconoció desde el principio el SIDA como un problema y lo colocaron en la agenda política. En Etiopía, los donantes ayudaron a apoyar a la gran cantidad de personal técnico del Programa de Control del SIDA del país; ese personal efectivamente llevó el caso a mayor acción. Sin embargo, cuando el programa de descentralización de Etiopía originó la reducción drástica del personal técnico, la presión por la acción disminuyó y el proceso se vio retrasado por varios años.

Recolección de Información. Es conducida por tecnócratas. En los estudios de caso que se presentan en este documento, la información experta fue recogida mediante documentos especiales preparados por consultores técnicos (Kenya, Tanzania), talleres con tecnócratas (Etiopía, Tanzania), o entrevistas (Ghana).

Preparación del Borrador de los documentos de políticas es usual que sea realizada por burócratas con la participación de otros grupos. En varios de los estudios de caso (Kenya, Sudáfrica, Zimbabwe), los grupos de interés tuvieron muchas oportunidades de participar en el proceso de preparación del borrador. En otros (Etiopía, Tanzania), las oportunidades fueron pocas.

Aprobación es por lo general un proceso político. En el caso de Sudáfrica, el ministro de salud aprobó formalmente la estrategia del SIDA, aunque los presidentes adjuntos dieron su aprobación tácita. En el resto de países, la aprobación fue otorgada por el consejo de ministros o el Parlamento.

Implementación puede y debería involucrar a todos. Los tecnócratas necesitan proporcionar información y permanecen involucrados en la planeación del programa. Los burócratas crean y dirigen las estructuras formales que implementan los programas. Los grupos de interés defienden y promueven la acción sobre partes específicas de la política y el trabajo a través de ONGs y otro tipo de organizaciones que representan a la sociedad civil para implementar algunos componentes de políticas. Los políticos necesitan estar involucrados en el desarrollo para autorizar la legislación que puede ser requerida para implementar algunas partes de la política; también destinan el financiamiento para la implementación. Los donantes con frecuencia desempeñan un papel importante en la financiación y establecimiento de prioridades del programa.

Necesidad de Información

Las necesidades de información difieren en cada etapa del proceso de política (Ver cuadro 4). Los esfuerzos nacionales e internacionales de investigación y evaluación son esenciales para proporcionar información que apoye las decisiones apropiadas en cada etapa. La capacidad local para generar, evaluar, y difundir la información requerida es un ingrediente importante en el éxito del proceso político. Sin esa información, el proceso no podría continuar, o podrían resultar políticas ineficaces o perjudiciales.

Cuadro 4. Necesidades de Información por Etapa del Proceso de Políticas

Etapa	Necesidades de Información Ilustrativas
Identificación del Problema	<ul style="list-style-type: none">• Número de casos reportados de SIDA por edad, sexo, y región• Información de vigilancia sobre la prevalencia del VIH por grupo de riesgo• Estimación del número de personas infectadas
Reconocimiento de la Necesidad	<ul style="list-style-type: none">• Proyecciones del número futuro de infecciones y casos de SIDA y muertes• Estimaciones del impacto social y económico del SIDA• Historias personales de las injusticias causadas por el SIDA ilustrando los impactos sobre individuos, familias, comunidades, derechos humanos, etc.
Defensa y Promoción	<ul style="list-style-type: none">• Información que muestre el impacto del SIDA sobre los grupos especiales y la efectividad de las intervenciones
Preparación del Borrador y Revisión	<ul style="list-style-type: none">• Estado y extensión de la epidemia• Inventario político de las leyes y regulaciones existentes• Políticas modelo recomendadas por organizaciones internacionales y conferencias• Ejemplos de políticas adoptadas por otros países
Aprobación	<ul style="list-style-type: none">• Puntos de vista de los grupos de interés sobre la política en borrador• Estimaciones del impacto de las políticas sobre el control de la epidemia• Estimaciones de los costos de las políticas
Legislación	<ul style="list-style-type: none">• Inventario de la legislación existente• Borradores de la legislación requeridos para tratar los puntos claves de política
Guías	<ul style="list-style-type: none">• Información científica concerniente a enfoques que funcionan y no funcionan
Planeación Estratégica	<ul style="list-style-type: none">• Efectividad de las intervenciones propuestas• Análisis de costo-efectividad y costo-beneficio• Proyecciones de los recursos requeridos

Asuntos Clave de Políticas

Las políticas nacionales de VIH/SIDA y las guías operacionales de política han tratado un vasto rango de asuntos de política. Los asuntos específicos varían desde guías médicas y atención a políticas que afectan el acceso a los servicios hasta derechos humanos y antidiscriminación. Para muchos de los temas cubiertos en las políticas y guías nacionales, los formuladores de políticas y otros interesados han sido capaces de llegar a un claro consenso en cuanto a la recomendación política apropiada. En otros casos, la adopción de políticas específicas ha enfrentado serios obstáculos, en términos de ruidosa oposición a la política o a la falta de consenso en la factibilidad, efectividad, costo-efectividad, o adecuación cultural/social de una recomendación de la política o del programa.

Puntos Generales de Políticas Tratados en la Mayoría de Políticas Nacionales de VIH/SIDA

La mayoría de políticas nacionales de VIH/SIDA incluyen declaraciones y guías sobre los siguientes puntos generales:

- Asuntos de salud pública tales como pruebas de descartes y consejería de VIH, seguridad de la sangre, y vigilancia;
- manejo clínico y control de la infección;
- atención en el domicilio;
- consejería en las áreas de lactancia, salud del adolescente, y salud reproductiva;
- asuntos de género;
- información y educación;
- investigación;
- asuntos de ética, legales, y derechos humanos como la privacidad, confidencialidad, notificación, factores culturales, discriminación, acceso a la atención de salud y servicios sociales, educación, empleo, vivienda, seguro, viaje, migración, refugiados, prisiones, usuarios de drogas intravenosas, trabajadoras del sexo; y
- enfoque multisectorial, colaboración, papel de las ONGs, descentralización y movilización de recursos.

El Compendio de Políticas de VIH/SIDA desarrollado por el Proyecto POLICY proporciona muchos ejemplos específicos de las declaraciones de políticas y guías para cada uno de los temas mencionados anteriormente. El compendio es una base de datos de las declaraciones políticas reunidas de las políticas nacionales y declaraciones de las conferencias y documentos internacionales. La base de datos se encuentra disponible en Internet en www.tfgi.com/areas/hivSIDA.htm o en un CD-ROM disponible del Proyecto POLICY.

Una de las áreas más complejas y difíciles en la formulación de políticas de VIH/SIDA es la cobertura de los derechos humanos. Los asuntos claves que involucran los derechos humanos y el VIH/SIDA se encuentran sintetizados a continuación.

- **Estigma.** Ostracismo social que conduce a la deterioración de los derechos civiles, económicos, o políticos.
- **Educación.** Restricciones del gobierno sobre la difusión y libre intercambio de información sobre la prevención y tratamiento del VIH/SIDA; restricciones sobre el acceso a la educación.
- **Sistema Legal.** Desigual aplicación del sistema legal de las leyes penales y civiles de derecho positivo y procesal que conducen a la disminución de la protección para aquellos infectados con el VIH.

- **Servicios de Salud.** Administración desigual de los servicios (acceso, prueba, informe, cobertura).
- **Bienestar Social y Seguro.** Desigual aplicación del bienestar social o de los servicios de seguridad social, beneficios, y sistemas de administración de alguna manera titulados universalmente; restricciones sobre la indemnización o cobertura del seguro de vida.
- **Vivienda.** Alojamientos públicos y privados desiguales (acceso, servicios, calidad).
- **Vida Familiar.** Examen de VIH obligatorio (por ejemplo, para recibir la licencia de matrimonio); retiro o modificación de los derechos familiares e interpersonales.
- **Empleo.** Requerimientos y procedimientos de empleo desiguales (prueba, confidencialidad, lugar de trabajo, beneficios, despido).
- **Prisiones.** Negación de iguales condiciones en la detención (segregación, beneficios, liberación).
- **Migración.** Restricciones en el traslado o permanencia (declaración obligatoria, prueba, exclusión).

En algunos asuntos de política, existe un acuerdo general sobre los enfoques y el lenguaje. Otros asuntos han presentado dificultades ya sea en la comprensión sobre cuáles políticas son las más apropiadas o el desarrollo de un consenso sobre el lenguaje específico. A continuación, se describen algunos de los puntos difíciles junto con la discusión de algunas de las estrategias usadas para tratarlos.

Consejería acerca del VIH y Pruebas

La provisión de servicios para pruebas y consejería voluntaria acerca del VIH (PCV) es vista ahora como un elemento núcleo de muchos programas nacionales de SIDA. Aún cuando la investigación sustancial ha documentado el impacto positivo de los programas de PCV en los cambios de comportamientos, la controversia continúa en relación a las políticas que apoyan los programas de PCV con subsidio público, particularmente con respecto al costo-efectividad y a las prioridades de destinación de recursos dentro de los programas nacionales. En Ghana, la posibilidad de que la constitución de 1992 pueda ser interpretada como prohibición de la prueba de VIH eleva preocupaciones legales específicas.

Prueba de Descarte Previa al Empleo

La prueba de descarte previa al empleo puede ser un asunto contencioso. Muchos empleadores desean conducir pruebas pre-empleo para proteger sus inversiones en cuanto a la capacitación del empleado. En varios países, las fuerzas armadas rutinariamente realizan pruebas a los nuevos reclutas. Tal prueba puede, sin embargo, violar los derechos de los individuos para trabajar si los resultados conducen a la negación del empleo sobre la base del estado portador de VIH. Botswana, Sudáfrica, y Tanzania han incluido un lenguaje específico en sus políticas para prohibir los exámenes previos al empleo y la utilización del estado portador de VIH como único criterio para el despido. A continuación, la política de Botswana:

6.2 Prueba de VIH

Se deberán observar los siguientes principios con relación a todas las pruebas de VIH:

Las pruebas de descarte de VIH previas al empleo como parte de la evaluación de la aptitud para trabajar son innecesarias, y no deberán realizarse...

Política Nacional de Botswana sobre VIH/SIDA, aprobada y adoptada mediante Directiva Presidencial CAB:35/93

Huérfanos

En muchos países, el número de huérfanos a consecuencia del SIDA se ha incrementado a niveles alarmantes. Aún, los intentos para mitigar el impacto del SIDA en niños y familias pueden generar

conflicto. Por ejemplo, algunas personas han solicitado la renuncia de las pensiones escolares para los huérfanos a consecuencia del SIDA; sin embargo, tales acciones podrían conducir a la estigmatización así como minar los esfuerzos de las juntas escolares obligadas a elevar sus propios fondos. Otros servicios sugeridos destinados a los huérfanos del SIDA incluyeron los programas de alimentación y subsidio del vestido. Sin embargo, es difícil justificar los programas especiales para los huérfanos del SIDA si no se incluye a los huérfanos por otras causas.

Como parte del esfuerzo para reducir el costo de la asistencia a escuelas en Zambia, se ha suprimido el requerimiento de uniformes escolares y zapatos negros a fin de ayudar al creciente número de huérfanos a consecuencia del SIDA. La política de SIDA de Kenya hace un llamado a la educación gratuita y apoyo social en favor de los huérfanos.

El impacto económico del SIDA llama a la movilización de recursos provenientes de varias fuentes las cuales incluyen a individuos, comunidades, el fisco y agencias donantes.. Por consiguiente el Gobierno:

Dentro del marco de la Educación Primaria Universal, ofrecerá apoyo social y educativo gratuito a los huérfanos...

Documento de Sesión No. 4 de 1997 sobre el SIDA en Kenya

Educación sobre el SIDA en las Escuelas

El asunto de la educación del SIDA en las escuelas es generalmente contencioso. Aunque la educación general sobre el SIDA podría no ser controversial, los puntos específicos del currículo pueden ser el punto de política más controversial de todos los discutidos en este documento. Los elementos principales en el debate se refieren a si los padres o escuelas deberían enseñar los niños jóvenes sobre el sexo y si los mensajes de prevención debiesen estar limitados a la abstinencia o deberían tratar el uso de condones. Un enfoque es hacer uso de las actividades extracurriculares como foros (clubes anti SIDA) que podrían brindar guía y consejo más específico. En cualquier caso, las controversias más contenciosas por lo general circundan el desarrollo y revisión del currículo en vez de a las declaraciones de principios más generales que usualmente están incluidas en las declaraciones nacionales de política. Por ejemplo, el Documento de Sesión de Kenya sobre SIDA establece una amplia meta para el papel del sistema educativo sin especificar detalles de los mensajes específicos.

La gente joven compone la mayoría de casos de SIDA según información proveniente de varios hospitales. La juventud empieza a infectarse a través de factores ambientales, sociales, culturales, psicológicos, y biológicos. Para protegerla de las infecciones de VIH/SIDA, el Gobierno:

Proporcionará dirección en el diseño de programas de educación culturales, morales y científicamente aceptables sobre el SIDA

Documento de Sesión No. 4 de 1997 sobre el SIDA en Kenya

Publicidad del Condón

La promoción de condones es un aspecto clave en la mayoría de programas de prevención de VIH. Sin embargo, algunos países han prohibido la publicidad de condones en radio o televisión en respuesta a la oposición de grupos religiosos y otros grupos de interés. El MINSU en Uganda inicialmente aprobó la publicidad del condón por el programa de mercadeo social. Poco después de la campaña de publicidad

del condón, el Ministerio de Información la prohibió, aunque permitió algún tipo de publicidad para empezar posteriormente otra vez.

La publicidad del condón podría con frecuencia considerarse un asunto regulatorio en vez de político que se trata mejor en una política amplia, aún cuando el enfoque regulatorio pueda significar que la implementación está sujeta a diferentes interpretaciones. Por lo tanto, algunas políticas amplias declaran que los medios de comunicación masiva deben jugar un papel principal en el esfuerzo para prevenir el SIDA. Por ejemplo, el preámbulo del segundo borrador de la política de Zimbabwe establece que:

Los medios de comunicación masiva son una fuerza importante para influenciar la opinión del público y estimular el debate. Deberían usarse completamente para promover la prevención del VIH y motivar actitudes de apoyo.

Política Nacional de VIH/SIDA (segundo borrador), Zimbabwe

Uso Obligatorio de Condones en los Burdeles

El éxito del programa de Tailandia que requirió el uso del 100 por ciento de condones en los burdeles ha sugerido que otros países deberían intentar un enfoque similar, aunque la estrategia de Tailandia podría no ser igualmente exitosa en países donde el sexo comercial no está bien organizado. En cualquier caso, tales políticas pueden ser extremadamente difíciles de desarrollar cuando el sexo comercial es ilegal. En la mayoría de lugares, es imposible entregar políticas o leyes que regulan el comportamiento ilegal.

Distribución de Condones en las Prisiones

Con el alto nivel de transmisión de VIH en las prisiones, algunos países han considerado la distribución de condones en prisiones como una forma de reducir la transmisión de VIH. En algunas instancias, tales programas son raros. Un problema principal es que la homosexualidad es ilegal en algunos países. Como resultado, los programas que distribuyen condones a los prisioneros usualmente no pueden ser alentados mediante las declaraciones de políticas oficiales.

No obstante, algunos países de Africa han tenido que tratar con el punto de la transmisión de VIH en las prisiones dentro de sus planes y políticas nacionales. La política en borrador de Zimbabwe reconoce que la transmisión de VIH en las prisiones es un problema en otros países y sugiere que se tomen acciones para reducir los problemas potenciales en ese país.

Preámbulo

La superpoblación en las prisiones de Zimbabwe es conocida como un problema por el Ministerio de Justicia, Asuntos Legales y Parlamentarios. El VIH/SIDA entre los prisioneros es alto. Es sabido que la homosexualidad y sodomía ocurren en las prisiones de todo el mundo. Además, la violación de prisioneros (tanto de hombres como de mujeres) por personal de la prisión es un problema que ha sido reportado en muchos países pero sobre el cual existe poca información en Zimbabwe. Algunos prisioneros infectados con el VIH/SIDA podrían intentar propagarlo mediante ataques sexuales, golpes, y otras acciones agresivas. La vigilancia y supervisión mejorada no es suficiente para prevenir la actividad sexual consensual y forzada en las prisiones superpobladas. Los prisioneros tienen derecho a la información sobre protección y tratamiento para enfermedades relacionadas al VIH. Es de interés de ambos, prisioneros y de la comunidad en la que los prisioneros serán liberados, que se reduzca el riesgo del VIH/SIDA en las prisiones.

Principio de Guía 38: Los prisioneros poseen derechos humanos básicos que deberán ser respetados incluyendo el derecho a la información y tratamiento.

Políticas Nacional de VIH/SIDA (segundo borrador), Zimbabwe

La *carta de SIDA & VIH* del Consorcio de SIDA de Sudáfrica establece que los prisioneros tengan el mismo acceso a la información y medios de prevención como el resto de la población.

10.3 Los prisioneros deben tener el mismo acceso a la educación, información y medidas de prevención de igual forma que la población general.

Carta del SIDA & VIH, Sudáfrica

La política en borrador de Uganda invoca la educación para los prisioneros y la protección de sus derechos humanos, pero no menciona específicamente los programas de prevención en las prisiones.

- a. Deberían instituirse los programas adecuados de educación específica de VIH para todos los presos y personal*
- b. La legislación que afecta el bienestar de los presos y del personal deberá revisarse e imponerse.*
- c. La prueba de VIH obligatoria para todos los presos y personal deberá realizarse en la convicción.*

Propuestas de la Política Nacional para el Control del SIDA (revisión 3), Uganda

Transmisión Deliberada de VIH

Muchos países han considerado la inclusión de un lenguaje específico en sus políticas para hacer que la transmisión deliberada del VIH se considere un crimen. A pesar del acuerdo de que la transmisión deliberada debe detenerse, podría ser difícil definir tales circunstancias. ¿Es necesario demostrar intención o es cualquier acto sexual inseguro que involucra a una persona de la que se sabe está infectada con VIH considerado como una transmisión deliberada? ¿Serán desanimadas las personas de buscar una prueba de VIH si piensan que un resultado positivo significaría que cualquier acto sexual futuro sería definido como un crimen? ¿Qué sucede con el sexo dentro del matrimonio? El concepto de violación marital no está bien definido en África.

En la mayoría de países, el asunto de la transmisión deliberada ha probado ser muy difícil de manejar. Como resultado, pocos países han formulado políticas sobre este tema, sin embargo, las demandas para desarrollar tales políticas siguen en aumento. Zimbabwe trató parcialmente la transmisión deliberada definiéndola como un ataque sexual. Algunos expertos legales han argumentado que tales casos pueden ser manejados bajo las leyes existentes relacionadas al asesinato y ataques.

En Malawi, la Comisión sobre los Sistemas de Justicia Criminal está considerando una recomendación para revisar el código penal del país a fin de que permita el posible enjuiciamiento de las personas que imprudentemente difunden el VIH. La comisión planea realizar una serie de talleres para reunir opiniones sobre la penalización de la transmisión del VIH.

VIH y Aborto

El aborto es ilegal en la mayoría de países de África excepto bajo circunstancias especiales. Algunas personas creen que la infección de VIH debería ser motivo para el aborto para prevenir el nacimiento de niños infectados con VIH o la creación de más huérfanos de SIDA. Otros creen que la infección del VIH

no es suficiente para justificar el aborto. La única política de SIDA existente en Africa que trata el asunto es el *Plan Nacional de SIDA de Sudáfrica, 1994–1995*, el cual establece que:

Los derechos de las mujeres a elegir tener un aborto sobre la base de estar infectadas con el VIH deben ser respetado. Por último, esta debe ser decisión de la madre. Las condiciones específicas de la mujer relacionadas al VIH no han sido investigadas ampliamente, pero se deberá poner especial atención a las necesidades de cuidados y tratamiento de las mujeres.

Plan Nacional de SIDA para Sudáfrica 1994–1995

Conclusión

A principios de la epidemia, el SIDA fue tratado básicamente como un problema médico. Relativamente pocas personas parecían estar afectadas, y los asuntos de vigilancia, sangre segura, y prácticas médicas seguras fueron extremas. A medida que la epidemia progresó, los países empezaron a reconocer que la mayor parte de la población sería afectada de una u otra manera. Las naciones también empezaron a tener conocimiento de que los impactos socioeconómicos potenciales del SIDA requerían una respuesta multisectorial. Como el número de infectados aumentó, los derechos humanos surgieron aún más dramáticamente como uno de los puntos más importante y difíciles que requieren una respuesta. En esta etapa de la epidemia, muchos países han reconocido la necesidad de una política nacional amplia que cubra todos los aspectos del VIH/SIDA, incluyendo el acceso a la información y servicios, responsabilidades multisectoriales, y derechos humanos.

Las siguientes están entre las lecciones claves sintetizadas de la experiencia de desarrollo de políticas del SIDA:

- La identificación del SIDA como un problema no es igual al reconocimiento de la necesidad de una política amplia. La necesidad de ésta última podría ser admitida solamente cuando la epidemia empiece a ser tan severa que una gran parte de la población sea afectada o los esfuerzos de defensa y promoción de grupos específicos empiecen a convencer a quienes toman decisiones de lo apropiado de una respuesta política.
- Existen muchos enfoques para preparar el documento borrador y revisarlo. Algunos países han incorporado un alto nivel de participación mientras que otros han cambiado a enfoques supuestamente más rápidos que involucran relativamente pocos expertos. Aunque la participación de mayor número de personas prolonga el tiempo requerido para la preparación del borrador y la revisión, impulsa a favor de la política y con frecuencia acorta el tiempo requerido para la aprobación. Como resultado, los enfoques altamente participativos podrían tomar realmente menos tiempo que aquellos que se basan en grupos pequeños de expertos quienes entonces luchan por años para obtener la aprobación de la política. Los procesos más altamente participativos han producido las políticas más amplias que cubren el rango más amplio de puntos claves. Se piensa que tales políticas probarán ser las más efectivas, pero el resultado queda aún por ser demostrado. Sin embargo, la experiencia de nueve países muestra claramente que el proceso de política mejora significativamente cuando mucha gente y organizaciones tienen la oportunidad de participar. Dado que el SIDA afecta a todas las partes de la sociedad, sólo los procesos altamente participativos pueden dar la voz a todo lo relacionado.
- Una vez aprobadas, las políticas pueden implementarse de muchas formas. Algunos aspectos de una política (como la aprobación de la publicidad del condón) podría implementarse directamente, en algunos casos aún antes de que sea formalmente aprobada. Otros asuntos de política pueden implementarse sólo autorizando la legislación, el desarrollo de guías, o como parte de un plan estratégico. Los países podrían no tener los recursos para implementar todos los componentes de la política de una sola vez. Los grupos interesados podrían necesitar tomar la cabeza en la defensa y promoción de la implementación de aquellas partes específicas de la política que más les interesa.

En las fases tempranas de la epidemia, la mayoría de países vieron poca necesidad de una política de VIH/SIDA amplia. En vez, cambiaron a guías, niveles de atención, y regulaciones y legislación específicas para tratar los asuntos médicos y de salud pública. La necesidad de una política amplia aumentó con más presión cuando la difundida epidemia requirió que los gobiernos traten asuntos de derechos humanos, ética, religión, derechos individuales versus derechos comunitarios, y así

sucesivamente. De los nueve países incluidos en este estudio, siete desarrollaron políticas nacionales de VIH/SIDA amplias. Dos países (Malawi y Zambia) desarrollaron políticas sobre puntos específicos, tales como huérfanos o publicidad del condón, pero no han visto la necesidad de desarrollar una política amplia que trate todos los puntos claves.

En algunos casos, los planes tales como las series de planes de mediano plazo o los planes estratégicos que experimentan desarrollo en muchos países hoy han tratado los asuntos de política. La adopción de ellos aprueba eficazmente las declaraciones políticas que contienen. La confianza en los planes puede ser una manera expeditiva de tratar los puntos claves de política y vincularlos estrechamente con las actividades de prevención y atención. Sin embargo, el nivel de participación en la discusión de tales planes está lejos de una política nacional. Más aún, cualquier declaración política contenida en un plan podría ser vista como válida solamente mientras dure el plan, lo cual por lo general es de tres a cinco años.

A partir de que la mayoría de políticas nacionales amplias se han desarrollado sólo recientemente, no es posible decir si harán una contribución significativa a la lucha contra el SIDA. Mientras que va a ser más difícil tratar nuevos asuntos de políticas si no se encuentran considerados en la formulación inicial de la política amplia, el proceso de desarrollarla obliga a considerar simultáneamente un amplio rango de asuntos de política. También es probable que las políticas amplias ofrezcan una vasta protección a grupos comprometidos en las actividades de prevención y atención. Además, el desarrollo de una política amplia podría tener el beneficio de centrar esfuerzos posteriores en la implementación de un programa eficaz. Será importante continuar observando de cerca el progreso alcanzado en el tratamiento del VIH/SIDA por aquellos países con políticas amplias comparados con aquellos que han seguido un camino diferente.

Este informe basado en un análisis de las experiencias y en la discusión de países africanos con los participantes en varios procesos de desarrollo de políticas, ha ayudado a desarrollar un nuevo marco para describir el proceso de política. El marco identifica los elementos del proceso que son vitales—especialmente para los practicantes—pero que con frecuencia no son descritos separadamente en los marcos en la literatura más teórica sobre formulación de políticas. Los elementos incluyen la recolección de información, preparación del borrador y revisión de la política, y los pasos para la implementación tales como el desarrollo de guías y planes estratégicos. Centrando la atención en esos elementos adicionales y en los retos asociados con cada uno, el marco podría no sólo proporcionar guía práctica a los esfuerzos futuros de desarrollo de políticas sino también señalar las brechas teóricas y las áreas de investigación posterior en los estudios de formulación de política.

Referencias

- Banco Mundial. 1999. *World Development Indicators*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Departamento de Salud. 1998. *HIV/AIDS in South Africa: The Impacts and Priorities*. Johannesburgo: Departamento de Salud.
- Grindle, M.S. y J.W. Thomas. 1991. *Public Choices and Policy Change: The Political Economy of Reform in Developing Countries*. Baltimore: Prensa de la Universidad John Hopkins
- Kingdon, J.W. 1984. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Ann Arbor: Universidad de Michigan.
- Lasswell, H. 1951. "The Policy Orientation." In *The Policy Sciences*, editado por D. Lerner y H. Lasswell. Stanford: Prensa de la Universidad Stanford
- Meier, G. 1991. "Policy Lessons and Policy Formulation." Pp. 3–12 in *Politics and Policy Making in Developing Countries*. San Francisco: Prensa de Centro Internacional para el Crecimiento Económico.
- Porter, R.W. 1995. *Knowledge Utilization and the Process of Policy Reform: Toward a Framework for Africa*. Washington, D.C.: Academia para el Desarrollo Internacional.
- UNSIDA. 1998. *Reporte de la Epidemia Global de VIH/SIDA*. Ginebra: UNSIDA/OMS.
- Vera, E.A. 1997. "HIV/AIDS Policy Development: A Multisectoral Approach, the Zimbabwe Experience." Documentos presentados en la 10ma Conferencia Internacional sobre el SIDA y las ETSs en Africa, Abidjan.
- Walt, G. y L. Gilson. 1994. "Reforming the Health Sector in Developing Countries: The Central Role of Policy Analysis." *Health Policy and Planning* 9(4): 353-370.

Anexo: Bibliografía de los Materiales de Recurso

Adhikari, R. 1992. *Industrial and Trade Policy Reform in Developing Countries*. Nueva York: Prensa de St. Martin.

Albaek, E. 1995. "Between Knowledge and Power: Utilization of Social Science in Public Policy Making." *Policy Sciences* 28: 79-100.

Altman, J.A. y E. Petkus. 1994. "Toward a Stakeholder-based Policy Process: An Application of the Social Marketing Perspective to Environmental Policy Development." *Policy Sciences* 27: 37-51.

Asmerom, H.K. y R.B. James, eds. 1993. *Politics, Administration and Public Policy in Developing Countries: Examples from Africa, Asia and Latin America*. Amsterdam: Prensa de la Universidad de VU.

Asthana, S. 1996. "AIDS-related Policies, Legislation and Programme Implementation in India." *Health Policy and Planning* 11(2): 184-197.

Ayee, J.R.A. 1994. *Anatomy of Public Policy Implementation: The Case of Decentralization Policies in Ghana*. Brookfield, VT: Ashgate.

Bates, R.H. y A.O. Krueger, eds. 1993. *Political and Economic Interactions in Economic Policy Reform: Evidence from Eight Countries*. Cambridge, MA: Pub. Blackwell.

Bayer, R. 1991. "Between Past and Future: AIDS Policy in International Perspective." *International Law and Politics* 23: 1061-1068.

Bayer, R. 1995. "Rethinking Aspects of AIDS Policy." *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 11(2): 457-472.

Charlton, R. y R. May. 1995. "NGOs, Politics, Projects and Probity: A Policy Implementation Perspective." *Third World Quarterly* 16(Junio): 237-255.

Coleman, D. 1990. "Relation Between Policy Research and Government Policy." Pp. 57-73 en *International Transmission of Population Policy Experience, Proceedings*. Nueva York: Naciones Unidas.

Cooley, N. 1994. "Participation in Policy Reform: Nuts and Bolts of Participation." *The Participation Forum*, No. 3.

Crouch, L. et al. 1993. *Policy Dialogue and Reform in the Education Sector: Necessary Steps and Conditions*. EHRTS, América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: USAID.

Davis, K. 1987. "Research and Policy Formulation." *Health Policy* 7: 295-296.

Dery, D. 1984. *Problem Definition in Policy Analysis*. Lawrence, KS: Prensa de la Universidad de Kansas.

Dye, T.R. 1995. *Understanding Public Policy* (8th edition). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Fransen, L. et al. 1991. "Health Policies for Controlling AIDS and STDs in Developing Countries."

Health Policy and Planning 6(2): 148-156.

Gostin, L. y W. Curran. 1990. "Harvard Model AIDS Legislation Project." *American Journal of Law & Medicine* 16(1/2): 1-278.

Grindle, M.S. 1980. *Politics and Policy Implementation in the Third World*. Princeton: Prensa de la Universidad Princeton.

Grindle, M.S. y J.W. Thomas. 1991. "Implementing Reform: Arenas, Stakes, and Resources." Pp. 121-150 in *Public Choices and Policy Reform: The Political Economy of Reform in Developing Countries*, editado por M.S. Grindle y J.W. Thomas. Baltimore: Prensa de la Universidad Johns Hopkins.

Grindle, M.S. y J.W. Thomas. 1989. "Policy Makers, Policy Choices, and Policy Outcomes." *Policy Sciences* 22: 213-248.

Grindle, M.S. y J.W. Thomas. 1991. *Public Choices and Policy Change: The Political Economy of Reform in Developing Countries*. Baltimore: Prensa de la Universidad Johns Hopkins

Hill, M. 1997. *Policy Process: A Reader*. 2da Edición. New York: Prentice Hall.

Horowitz, D.L. 1989. "Is There a Third World Policy Process?" *Policy Sciences* 22: 197-212.

Kingdon, J.W. 1984. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Ann Arbor: Universidad de Michigan.

Lasswell, H. 1951. "The Policy Orientation." En *The Policy Sciences*, edited by D. Lerner and H. Lasswell. Stanford: Prensa de la Universidad de Stanford.

Lindblom, C.E. y E.J. Woodhouse. 1993. *Policy-Making Process* (3ra edición). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Majone, G. 1989. *Evidence, Argument and Persuasion in the Policy Process*. New Haven: Prensa de la Universidad de Yale.

Mann, J.M. y D. Tarantola. 1996. "Governmental National AIDS Programs." Pp. 315-325 en *AIDS in the World II*. New York: Prensa de la Universidad de Oxford.

Mayambala, E.N. 1997. *Report of a Short Term Consultancy to Identify Critical Areas Requiring Formulation of New Policies, Laws and Ethical Guidelines...(Legal Aspects)*. Kampala: Comisión del SIDA de Uganda.

Meier, G. M. 1991. *Politics and Policy Making in Developing Countries: Perspectives on the New Political Economy*. San Francisco: Prensa del Centro Internacional de Crecimiento Económico.

Ngoma, M.S. 1993. "Developing and Implementing Reproductive Health Policy: The Political, Social and Economic Constraints and Some Practical Observations." Pp. 45-48 in *Reproductive Health Policy & Programs: Reflections on the African Experience, A Conference Report*. Harare, Zimbabwe: Fundación de la Familia Kaiser.

Oh, C.H. 1997. "Explaining the Impact of Policy Information on Policy-Making." *Knowledge and Policy* 10(3): 25-55.

- Patterson, D. y W.L. Shulman. 1995. "Policy Development Contrasting Approaches." *AIDS & Society* (Abril/Mayo): 8-9.
- Proyecto POLICY. 1996. *Population Policy in Action—Moving Toward a Framework* (borrador). Washington, D.C.: The Futures Group International.
- Porter, R.W. 1995. *Knowledge Utilization and the Process of Policy Formulation: Toward a Framework for Africa*. Washington, D.C.: Academia para el Desarrollo Educativo, Proyecto SARA.
- Proscovia, S.M. 1997. *Report on the Policy Framework for Establishing Program Priorities to Control HIV/AIDS in Uganda*. Kampala: Comisión de SIDA de Uganda.
- Rau, B. 1994. "Policy and VIH/SIDA Prevention: Lessons Learned." *SIDAcaptions* (Agosto): 30-32.
- Sabatier, P.A. 1991. "Toward Better Theories of the Policy Process." *PS: Political Science & Politics* 24 (Junio): 147-156.
- Schlager, E. y W. Blomquist. 1996. "Comparison of 3 Emerging Theories of the Policy Process." *Political Research Quarterly* 49(3): 651-672.
- SIDACAP. 1995. *HIV/AIDS Prevention Policies: Where It's At & How It Got There*. Arlington, VA: Family Health International.
- Thomas, J. W. y M. S. Grindle. 1990. "After the Decision: Implementing Policy Reforms." *World Development* (18)8: 1163-1181.
- Trostle, J. et al. 1997. *How Do Researchers Influence Decision-Makers? Case Studies of Mexican Policies on AIDS, Cholera, Family Planning, and Immunization*. Mexico: Population Council.
- Walsh, R. W. y J. G. Heilman. 1994. *Energizing the Energy Policy Process: The Impact of Evaluation*. Westport, CT: Quorum Books.
- Walt, G. y L. Gilson. 1994. "Reforming the Health Sector in Developing Countries: The Central Role of Policy Analysis." *Health Policy and Planning* 9(4): 353-370.
- Webber, D.J. 1992. "Distribution and Use of Policy Knowledge in the Policy Process." *Knowledge and Policy* 4(4): 6-35.
- White, L.G. 1990. *Implementing Policy Reforms in LDCs: A Strategy for Designing and Effecting Change*. Boulder: Publicaciones Lynne Rienner.
- Yerson, J. 1997. *Public Policy Making* (2nd edition). Nueva York: Holt, Rinehart.